WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MAJ—CZERWIEC

ROK V 1933 NUMER 3

Do naszych Czytelników!

Pragnąc czytelnikom naszych „Wiadomości Terapeutycznych" oprócz bieżących referatów lekarskich dostarczyć również wyczerpującego przeglądu pewnej określonej dziedziny wiedzy lekarskiej, rozpoczynamy w zeszycie niniejszym druk wielkiego, ściśle naukowego dodatku do naszego pisma, a mianowicie powszechnie znanego dzieła prof. d-ra Eppingera i doc. d-ra Walzla pod tytułem:

Choroby wątroby i układu wątrobowo-śledzionowego

ze szczególnem uwzględnieniem błędów rozpoznawczych i leczniczych.

Każdy zeszyt „Wiadomości Terapeutycznych" będzie zawierał dodatek składający się z 2 arkuszów (32 str.) tego znakomitego podręcznika, uznanego w dziedzinie chorób wątroby za dzieło klasyczne. Upraszamy o staranne oddzielne przechowywanie wszystkich dołączonych dodatków, które potem będzie można łatwo połączyć w jeden tom, gdyż w ten sposób każdy nasz czytelnik znajdzie się z biegiem czasu w posiadaniu całości tej cennej i starannie przez nas wydanej książki.

Wobec tego, że dzieło prof. d-ra Eppingera i doc. d-ra Walzla wyróżnia się swą nieprzeciętną wartością zarówno naukową, jak i praktyczną, jesteśmy przekonani, że wszyscy nasi abonenci przyjmą życzliwie niniejszą wiadomość o wzbogaceniu treści i powiększeniu rozmiarów naszych „Wiadomości Terapeutycznych".

REDAKCJA „WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNYCH".

Prof. dr. WINDAUS i dr. A. LÜTTRINGHAUS.

Laboratorjum Chemiczne Uniwersytetu w Getyndze.

O NAŚWIETLANEJ ERGOSTERYNIE.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 43).

Badania nad naświetlaną ergosteryną uczyniły w ostatnich latach znaczne postępy. Udało się np. wyodrębnić w stanie krystalicznym kilka składników, które znajdują się w mieszaninie naświetlonego preparatu. Dotyczy to również i samej witaminy przeciwkrzywicowej, której postać krystaliczną nazwano w Niemczech witaminą D_2 (Liebigs Ann. tom 489, 492 i 493). Witamina D_2 skręca płaszczyznę polaryzacji na prawo i posiada widmo pochłaniania o największem natężeniu przy 265 mμ. Oprócz witaminy D_2 otrzymano w stanie krystalicznym jeszcze lumisterynę i obie suprasteryny I i II. Jeden z dalszych przetworów naświetlania nazwano tachysteryną. W surowym preparacie naświetlania wykazano ponadto jeszcze obecność „związku 248", który odznacza się dotychczas jedynie widmem pochłaniania przy 248 — 252 mμ.

Digitonina nie strąca żadnego z wyżej wymienionych przetworów naświetlania; własności przeciwkrzywicze posiada wyłącznie witamina D_2; wszystkie te związki można uszeregować w następującej fotochemicznej kolejności:

Ergosteryna
↓
Lumisteryna
↓
Tachysteryna
↓
Witamina D_2
↓
Związek 248

↙ Suprasteryna I ↘ Suprasteryna II

Kolejność ta opiera się na tem, że lumisteryna i tachysteryna przechodzą podczas naświetlania w witaminę D_2, która przy dalszem naświetlaniu zamienia się w związek 248 i w obie suprasteryny; zagadnienie, czy związek 248 można uważać za źródło obu suprasteryn, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte. Wszystkie produkty naświetlania są izomerami ergosteryny i posiadają, podobnie jak ergosteryna, wzór $C_{28}H_{44}O$; zawierają one jedną grupę alkoholową i trzy wiązania podwójne. Jedno z podwójnych wiązań znajduje się we wszystkich izomerycznych związkach w łańcuchu bocznym między 22-im i 23-im atomem węgla. Dwa pozostałe wiązania podwójne są w ergosterynie połączone w postaci pierścienia i znajdują się we wzajemnem sprzężonem usta-

wieniu. Toż samo dotyczy lumisteryny, witaminy i tachysteryny. Obie natomiast suprasteryny nie posiadają już sprzężenia wiązań podwójnych, tak że wiązania te są dalej od siebie odsunięte. Nadmierne naświetlenie rozsuwa więc wiązania podwójne.

Kilku badaczy twierdziło niesłusznie, że dla otrzymania czystej witaminy niezbędnem jest stosowanie długofalistych promieni pozafioletowych powyżej 280 mμ. W istocie światło pozafioletowe o fali powyżej 280 mμ nie przedstawia dla otrzymywania witaminy D_2 żadnych szczególnych korzyści; natomiast rodzaj i ilość innych fotochemicznych przetworów, powstających podczas naświetlania, zależy w znacznym stopniu od długości fal zastosowanego światła.

Przy korzystaniu z długofalistych promieni pozafioletowych wytwarza się z początku przeważnie lumisteryna, następnie witamina D_2 i przy dłuższem naświetlaniu suprasteryna. Długofaliste promienie pozafioletowe wytwarzają jedynie niewielką ilość tachysteryny. Przy świetle iskry magnezowej powstaje bardzo mało lumisteryny; głównie wytwarza się tachysteryna i witamina D_2; przy bardzo długiem naświetlaniu powstaje stopniowo związek 248. Badań z promieniami krótkofalistemi poniżej 260 mμ, które dają bardzo mało czynnej witaminy, autorzy nie dokonywali.

Czysta witamina wyróżnia się niezwykłą trwałością. Próbki krystalicznej witaminy, które przechowywano w próżni w ciepłocie 20° i 37° przez 5 miesięcy, nie uległy żadnym zmianom pod względem swego widma, skręcenia płaszczyzny polaryzacji, temperatury topliwości i działania fizjologicznego; również i nagrzewanie krystalicznej witaminy w próżni w ciągu 100 godzin do ciepłoty 77° nie wywołuje żadnych uchwytnych zmian. Toż samo dotyczy 9-cio godzinnego ogrzewania witaminy do 115°. Przy 9-cio godzinnem ogrzewaniu do 131° współczynnik pochłaniania dla 265 mμ spadł z 2,0 na 1,58, skręcanie zaś dla $[\alpha]$ D w alkoholu podniosło się z 104 do 183; preparat uległ więc znacznym zmianom; czterogodzinne ogrzewanie do 180° zupełnie niszczy witaminę. W przeciwieństwie do trwałości czystej witaminy surowe przetwory naświetlania ulegają nawet przy zupełnem wykluczeniu dostępu tlenu postępującym zmianom („starzeją się“); zmiany te uwydatniają się przy określaniu widma pochłaniania i płaszczyzny polaryzacji. Wspomniane zmiany starzenia się preparatu nie mają jednak większego znaczenia praktycznego, gdyż nie towarzyszy im żadne uchwytne osłabienie działania fizjologicznego. Natomiast

działanie witaminy zawartej w surowych przetworach naświetlania ulega przy dostatecznie długiem wstrząsaniu w obecności tlenu stopniowemu zupełnemu zniszczeniu; z tego względu należy surowe produkty naświetlania chronić od dostępu powietrza, aby mogły one zachować przez dłuższy czas swe niezmienione działanie przeciwkrzywicze.

1 mg krystalicznej przeciwkrzywiczej witaminy D_2 zawiera conajmniej 40 000 międzynarodowych jednostek. Z pośród przetworów naświetlania, wyodrębnionych w czystym stanie, żaden oprócz witaminy D_2 nie posiada własności przeciwkrzywiczych. *Windaus* wyraża więc pogląd, że w mieszaninie związków powstających podczas naświetlania ergosteryny istnieje tylko jeden związek obdarzony działaniem zapobiegawczem i leczniczem w stosunku do krzywicy. Pytanie, czy naturalna witamina przeciwkrzywicza, zawarta w tranie, jest identyczną z sztucznie wytworzoną witaminą D_2, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte i wymaga dalszych badań.

Wkrótce po wykryciu własności przeciwkrzywiczych naświetlanej ergosteryny zwrócono uwagę również i na toksyczne działanie przedawkowania; objawy tego przedawkowania polegają w doświadczeniach na zwierzętach przedewszystkiem na powstawaniu zwapnień w nerkach i na spadku wagi. Wobec tego, że nie posiadano wówczas jeszcze krystalicznej witaminy D_2 powstało pytanie, czy spostrzegane działanie trujące witaminy zależy bezpośrednio od niej, czy też od innego składnika zawartego w mieszaninie powstałej po naświetleniu. Przy badaniach biologicznych stwierdzono, że większe dawki witaminy D_2 są trujące i że 0,075 mg stanowi toksyczną dawkę graniczną dla myszy. 0,075 mg krystalicznej witaminy D_2 zawiera około 3000 międzynarodowych jednostek.

Nie może więc być mowy o nietoksycznej witaminie przeciwkrzywiczej; witamina D_2 nie jest jednak jedynym związkiem trującym, gdyż wśród nieczynnych przeciwkrzywicowo związków naświetlania znajdują się również i inne toksyczne połączenia. Tachysteryna nie okazuje żadnego wpływu na krzywicę, posiada natomiast typowe działanie toksyczne. W znajdujących się w sprzedaży preparatach, które są pod wpływem naświetlania zmienione przeciętnie do 50%, zawartość tachysteryny nie jest jednak dostatecznie duża, aby przy nieuniknionych wahaniach doświadczeń fizjologicznych można ją było wykazać z całą pewnością. Również i przy zbyt długiem naświetlaniu powstają związki toksyczne i nie posiadające żadnego działania przeciwkrzywicowego. Nawet z krystalicznej witaminy D_2 powstaje przy dalszem naświetlaniu związek, który ma jedynie słabe działanie przeciwkrzywicowe, a jest natomiast bardzo toksyczny. Związek ten nie jest identyczny z krystaliczną lumisteryną, suprasteryną I i II, gdyż preparaty te są nietoksyczne; nie odpowiada on również tachysterynie, która posiada wysokie widmo pochłaniania przy 280 $m\mu$. *Windaus* przypuszcza, że może rozchodzi się tu o nieotrzymany jeszcze w stanie czystym „związek 248 $m\mu$".

Na podstawie swych dokładnych badań *Windaus* dochodzi do wniosku, że przy obecnym stanie wiedzy należy już zamiast surowych przetworów naświetlania stosować dla przygotowania przeciwkrzywicowych preparatów leczniczych czystą krystaliczną witaminę D_2, a to z następujących względów:

1. Dla mianowania czynnych przeciwkrzywicowo preparatów można było dotychczas korzystać tylko z doświadczeń na zwierzętach; dokładne przeprowadzanie tych doświadczeń jest bardzo trudne i zabiera wiele czasu. Doświadczeń na zwierzętach nie można jeszcze zupełnie zarzucić, lecz nie jest jednak bez znaczenia fakt, że mamy już obecnie do dyspozycji drugą, niezależną od doświadczeń na zwierzętach metodę ścisłego dawkowania, opartą na stosowaniu wyłącznie czystej krystalicznej witaminy, której działanie przeciwkrzywicowe jest już dokładnie poznane.

2. Krystaliczna witamina jest mniej wrażliwa na światło niż nieoczyszczony produkt naświetlania; możliwość zepsucia się preparatu przeciwkrzywicowego przy dłuższem stykaniu się z powietrzem dotyczy tylko surowego przetworu naświetlania, lecz nie odnosi się do czystej witaminy D_2.

3. Za wprowadzeniem krystalicznej witaminy D_2 przemawia najbardziej okoliczność, że wyłącznie ona posiada najpomyślniejszy wskaźnik dawki przeciwkrzywicowej do granicznej dawki toksycznej i że w nieoczyszczonych przetworach naświetlania znajdują się związki toksyczne pozbawione wszelkiego leczniczego działania przeciwkrzywicowego (tachysteryna i związki powstające przy naświetleniu nadmiernem).

Dr. E. BLUM, Zakład leczniczy Gangelt pod Akwizgranem.

LECZENIE NAPADÓW EPILEPTYCZNYCH I ICH SKUTKÓW PROMINALEM.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 18).

Dopóki leczenie padaczki ciągle jeszcze pozostaje czysto objawowe, należy przedewszystkiem dążyć do zmniejszenia częstości i siły napadów, następnie do możliwie jaknajdłuższego utrzymania chorego w stanie beznapadowym, do przywrócenia mu zdolności do pracy i do niedopuszczenia do ew. cięższych zmian psychicznych. U wielu chorych udaje się osiągnąć poprawę dopiero po zastosowaniu stosunkowo dużych dawek Luminalu wobec czego pacjenci znajdują się częstokroć w stanie stałego odurzenia i zmniejszonej zdolności do pracy. Zdarza się również, że wogóle nie możemy osiągnąć pożądanej poprawy, gdyż wymagałoby to zbyt wielkiej, toksycznej już dawki Luminalu. Działanie nasenne ujawnia się nierzadko również i przy stosunkowo małych dawkach preparatu. Z powyższych względów już oddawna odczuwano w lecznictwie padaczki potrzebę posiadania preparatu, któryby posiadał działanie przeciwepileptyczne Luminalu, będąc jednocześnie pozbawionym jego własności

nasennych. Takim właśnie lekiem okazał się Prominal. Autor zdaje w swym artykule sprawę z wyników stosowania Prominalu u chorych ambulatoryjnych i zakładowych. Prominal należało przeważnie podawać w dawkach większych (przeciętnie o 50%) niż Luminal. Częstokroć jednorazowa dawka dobowa 0,2 g Prominalu okazywała się najlepszą, czasami jednak dopiero znacznie większe dawki (0,4 i 0,6 g) doprowadzały do celu. Jednak nawet te duże dawki nie wywoływały nigdy senności, która występuje zawsze po podaniu 0,2—0,3 g Luminalu.

Prominal nie ma żadnego smaku ani zapachu. Tolerancja jego była doskonała. Nawet przy nieprzerwanem zażywaniu w ciągu kilku lat ani razu nie zauważono żadnych objawów skórnych zaburzeń przewodu pokarmowego i t. p. Przejście od dotychczas stosowanego leku przeciwepileptycznego do Prominalu nigdy nie powinno się odbywać nagle, gdyż może to wywołać częstsze wystąpienie napadów lub zaburzenia psychiczne. Natomiast stopniowe przejście do Prominalu nigdy nie wywołuje żadnych niepożądanych objawów. Autor zastępował przeważnie w ciągu pierwszych 4 — 5 dni najwyżej 1/3 dotychczasowego leku Prominalem, a w ciągu następnych 4 — 5 dni 2/3; mniej więcej po 10 — 12 dniach chory otrzymywał już wyłącznie Prominal. Okazuje się celowem, aby początkowo podawać nieco większe dawki Prominalu, a następnie zmniejszać je stopniowo, dążąc do indywidualnego dostosowania dawki do każdego poszczególnego przypadku. Dawka dzienna 1 do 2 razy po 0,2 g Prominalu ew. w połączeniu z niewielkiemi dawkami bromu, okazuje się dwa razy skuteczniejsza niż Luminal (2 $\times$ 0,1 g) gdyż zmniejsza w porównaniu z Luminalem ilość napadów o połowę. Tak np. przeszło dwuletnia obserwacja porównawcza 30 epileptyków wykazała, że przy leczeniu Luminalem i bromem mieli oni w ciągu miesiąca przeciętnie 143 napady, natomiast przy leczeniu Prominalem mieli w takim samym czasie tylko 66 napadów. Już w ciągu pierwszego tygodnia kuracji Prominalem chorzy, z których część znajdowała się w stanie senności i odrętwienia, odzyskiwali do pewnego stopnia swą rześkość i ruchliwość której byli zupełnie pozbawieni w okresie zażywania Luminalu. Nietylko powyżsi chorzy, ale nawet nieznośni i kłótliwi epileptycy z oddziału dla niespokojnych, stawali się pod wpływem Prominalu o wiele bardziej towarzyskimi i zgodnymi i można ich było łatwiej użyć do mniejszych zajęć gospodarskich. Również jednak i zapomocą Prominalu nie zawsze udawało się zmniejszyć częstość napadów, ale działanie jego nigdy nie było gorsze niż Luminalu. Przy leczeniu Luminalem (2 $\times$ 0,1 g) napady w okresie miesiączkowania prawie zawsze występowały częściej, podczas gdy przy stosowaniu Prominalu w przeciętnej dawce, 2 razy dziennie po 0,2 g, napady przeważnie albo nie występowały wcale, albo w każdym razie nie częściej niż zwykle. Na uwagę zasługuje również okoliczność, że chore nie okazywały żadnych tak częstych zwykle w czasie perjodu zmian psychicznych. Nawet w tym przełomowym okresie dawki dzienne do 0,6 g nie okazywały żadnego szkodli-

wego wpływu. Ze spostrzeżeń autora wynika, że Prominal działa znacznie słabiej nasennie niż Luminal i że wobec tego różnica między działaniem przeciwpadaczkowem i nasennem jest większa. Chorzy, którzy dostawali napadów stosunkowo rzadko i którzy musieli i byli zresztą w stanie wykonywać swą pracę zawodową, czuli się znacznie lepiej pod wpływem Prominalu (1 — 2 razy dziennie po 0,2 g, tylko w jednym przypadku 3 × 0,2 g) niż Luminalu: nie odczuwali wcale senności i mogli pracować z całkowitą wydolnością, jedynie bardzo rzadko bywali zmuszeni do przerwania pracy.

Autor podaje następujące porównanie działania Prominalu i Luminalu: 35 chorych (18 mężczyzn i 17 kobiet) otrzymuje codziennie 2 × 0,1 g Luminalu oraz brom; chorzy ci mieli ogółem w ciągu miesiąca 92 napady epileptyczne i 75 razy dostawali objawów, które można było określić jako petit mal. Przy leczeniu Prominalem (1 — 2 razy dziennie po 0,2 g) ciż sami chorzy dostali tylko 22 napady i zaledwie trzykrotnie petit mal. 18 chorych nie miało już od 8 miesięcy ani jednego napadu.

Naogół zarówno wszyscy chorzy jak i ich otoczenie zwracali uwagę na poprawę samopoczucia i zdolności umysłowych oraz na odzyskanie równowagi psychicznej podczas kuracji Prominalem. Dopiero Prominal umożliwił licznym chorym nieprzerwane spokojne zajmowanie się pracą, co było poprzednio dla większości zadaniem prawie nieosiągalnem.

U chorych leczonych ambulatoryjnie na pierwszy plan występował pomyślny wpływ Prominalu na objawy petit mal. U 13 chorych (5 mężczyzn, 8 kobiet) stwierdzono podczas leczenia Luminalem 10 napadów padaczkowych i 113 razy łagodniejsze równoważniki w postaci petit mal, podczas zaś leczenia Prominalem (w tym samym, oczywiście czasie) 6 napadów i 12 razy petit mal; 7 epileptyków wogóle nie miało żadnych napadów ani jakichkolwiek objawów choroby. Żaden z tych chorych nie otrzymywał więcej niż 2 × 0,2 g Prominalu dziennie, częstokroć już nawet jednorazowa dawka 0,2 g okazywała się wystarczająca. Chorzy odzyskiwali świeżość umysłu i byli zdolni do pracy. Prominal nie dopuszczał do zwiększenia się częstości napadów u kobiet nietylko w okresie miesiączkowania, lecz okazywał swój pomyślny wpływ leczniczy również i w innych chwilach wzmożonej skłonności do napadów, jak np. przy wzruszeniach psychicznych, zmianach pogody i t. d. U niektórych pa-

cjentów autor zwiększył dzienną dawkę Prominalu do 0,6 i 0,8 g bez żadnych ujemnych skutków. Nierzadko natomiast się zdarzało, że działanie tych dużych dawek okazywało się słabsze niż działanie dawek mniejszych po 0,2—0,3 g dziennie. *Blum* uważa, iż w poszczególnych przypadkach bardzo duże dawki Prominalu mogą nawet zwiększać pobudliwość chorych; jednak właśnie ci chorzy z powodu ciężkości swej choroby zachowywali się wogóle wyjątkowo odpornie w stosunku do każdego sposobu leczenia.

Niektórzy chorzy czuli się szczególnie dobrze i dostawali stosunkowo najmniej napadów właśnie w okresie przejściowym podczas zamiany dotychczasowej kuracji luminalowej na prominalową, gdy podawano jednocześnie oba preparaty. Na podstawie tego spostrzeżenia autor wypróbował u niektórych ciężko chorych epileptyków tę kombinowaną terapję zapomocą obu preparatów. I istotnie udało się w ten sposób osiągnąć dalsze zmniejszenie ilości napadów i poprawę stanu psychicznego. Dotychczasowe spostrzeżenia są jednak jeszcze zbyt nieliczne i krótkie, aby można było określić ściślejsze wskazówki dawkowania. Dawki należy określać indywidualnie w każdym poszczególnym przypadku.

Na zapoczątkowanie leczenia wskazana byłaby dawka 2 razy dziennie po 0,2 g Prominalu i 0,05 Luminalu.

Ze spostrzeżeń swych, opartych na podawaniu Prominalu w ciągu prawie 3 lat wielu setkom epileptyków, autor wyciąga wniosek, że przy leczeniu padaczki Prominal stanowi środek skuteczniejszy niż Luminal. Prominal zmniejsza częstość napadów w sposób znacznie wydatniejszy niż Luminal. Objawy petit mal prawie zawsze ustępują zupełnie pod wpływem Prominalu. Nawet większe dawki Prominalu nie okazują żadnego działania ujemnego na stan psychiczny i zdolność do pracy epileptyka. Na podstawie dotychczasowego doświadczenia wydaje się, że ustrój wcale się nie przyzwyczaja do Prominalu. Nie zachodzi wobec tego potrzeba zwiększania z biegiem czasu dawki, za wyjątkiem okresów, gdy tego wymaga charakter choroby np. przed miesiączkowaniem.

Doc. dr. H. SCHMIDT, Klinika chirurgiczna, Hamburg - Eppendorf.

DŁUGOTRWAŁE ZNIECZULENIE LĘDŹWIOWE I INDYWIDUALNE FRAKCJONOWANE DAWKOWANIE.

(Referat według Chirurg, 1932 i Ztrbl. f. Chir. 1932, Nr. 21).

Znieczulenie lędźwiowe zapomocą 5%-owego roztworu Novocainy trwa przeciętnie 1—2 godzin; również i znieczulenie Spinocainą nie trwa o wiele dłużej; natomiast znieczulenie lędźwiowe wiskotycznym 0,8%-owym roztworem Pantocainy utrzymuje się w ciągu 3—4 godzin. Dodatkowe znieczulenie prawie nigdy nie okazuje się przy Pantocainie potrzebne. Dotychczas *Schmidt* wykonał zapomocą Pantocainy 260 znieczuleń lędźwiowych. Autor

podaje następujący schemat wskazań i przeciwwskazań dla znieczulenia lędźwiowego (wyłącznie dla operacyj poniżej przepony):

W s k a z a n i a:

Chorzy, którzy się nadają bezwzględnie:

Starsi mężczyźni i kobiety. Chorzy z organicznemi chorobami nerek, wątroby i płuc; cukrzyca, mocznica, zapalenie nerek. Przy niedomodze serca, gdy potrzebne jest głębokie znieczulenie lędźwiowe.

Chorzy, którzy się nadają względnie:

Wszyscy pacjenci ze zdrowemi pozatem narządami powyżej 15 lat. Chorzy otyli bez ciężkiej niedomogi mięśnia sercowego. Żółtaczka, charłactwo i umiarkowana niedokrwistość.

Operacje, które się nadają bezwzględnie:

Narząd moczopłciowy (nerki, moczowód, pęcherz moczowy, gruczoł krokowy), kiszki grube, wyrostek robaczkowy, odbytnica. Niedrożność jelit bez objawów zatrucia, zapalenie otrzewnej w dolnej części brzucha, kończyny dolne, międzykrocze. Operacje ginekologiczne (Wertheim, wycięcie całkowite). Operacje przez pochwę i operacje wypadnięcia przy określonych wskazaniach.

Operacje, które się nadają względnie:

Żołądek (na wpuście: + znieczulenie miejscowe). Drogi żółciowe (prócz septycznego zapalenia przewodów żółciowych). Śledziona.

P r z e c i w w s k a z a n i a:

Chorzy, którzy się względnie nie nadają:

Bardzo starzy i wysuszeni pacjenci powyżej 70 lat. (Znieczulenie miejscowe i odurzenie). Młodzi poniżej 15 lat. Zakażenia septyczne, neuropaci, kiła utajona, ciężkie charłactwo i niedokrwistość (uśpienie gazem). Znaczna rozedma, ciężka miażdżyca, niewyrównane wady serca (znieczulenie miejscowe i odurzenie). Kobiety w ciąży (jeżeli niema specjalnych wskazań), gdy potrzebne jest wysokie znieczulenie lędźwiowe. Stare kobiety z dużemi torbielami jajników. Przy stanowczem życzeniu po odurzeniu ogólnem. Kyphoscoliosis.

Operacje, które się względnie nie nadają:

Niedrożność jelit z objawami zatrucia (znieczulenie miejscowe + odurzenie). Cholangitis (znieczulenie miejscowe + gaz). Wszystkie większe laparotomje w górnej części brzucha, w zagrożonych przypadkach z bardzo dużem ryzykiem (dotychczas niewypróbowane). Wszystkie małe operacje, które można wykonać w znieczuleniu miejscowem, krótkiem uśpieniu gazowem lub eterowem, np. również większość przypadków cięcia cesarskiego, zapalenia wyrostka robaczkowego i t. d.

Chorzy, którzy się bezwzględnie nie nadają:

Pacjenci w wstrząsie i zapaści (gaz lub eter + CO_2). Niedające się podwyższyć niskie ciśnienie krwi; miażdżyca naczyń wieńcowych, posocznica, zatrucie ciążowe. Choroby ośrodkowego układu nerwowego i opon mózgowych (nadają się przeważnie dla Avertiny i pochodnych kwasu barbiturowego np. padaczka, wiąd rdzenia, jamistość rdzenia, Spina bifida occ., porażenia, rzucawka, migrena, nawykowe bóle głowy, ciężka histerja, tężec, obłęd opilczy, choroby umysłowe). Choroby zapalne kręgów. Ropienie w pobliżu miejsca nakłucia.

Operacje, które się bezwzględnie nie nadają:

Wszystkie operacje powyżej łuku żebrowego (dotychczas; może dozwolone metodą *Kirschnera*).

Ciężar gatunkowy 0,8%-owego wiskotycznego roztworu Pantocainy dla znieczulenia lędźwiowego wynosi 1,001. Dotychczas stosowane środki znieczulające, Novocaina i Tropacocaina posiadają w stosowanem 5%-owem stężeniu w roztworze wodnym wyższy, a Pantocaina niższy ciężar gatunkowy niż płyn mózgowo-rdzeniowy (1,003 — 1,006). Ważnem jest, aby układ naczyniowy posiadał pewien stopień wypełnienia. Dla zabezpieczenia chorego *Schmidt* natychmiast po osiągnięciu znieczulenia stosuje podskórne wlewanie i wstrzykuje płyn okresowo. Chorego należy również uprzednio dostatecznie przygotować (wstrzykuje się atropinę + narkofinę lub morfinę albo skopolaminę-eukodal-Ephedrinę), przyczem należy zwracać szczególną uwagę na przytłumienie nerwu błędnego.

Nakłucia dokonywamy zawsze w poziomem ułożeniu pacjenta. Przy stosowaniu roztworów o niskim ciężarze gatunkowym połowa ciała, na której dokonywamy operacji (przy cięciu środkowem najlepiej strona prawa) powinna leżeć ku górze. Podkładki dla nerek i wątroby wstawia się dopiero po wystąpieniu znieczulenia i po wysokiem ułożeniu miednicy. Chorzy nigdy nie powinni siedzieć lub mieć tułów wysoko umieszczony. Przy znieczulaniu kanału nakłucia na początku wstrzykiwania wstrzykuje się jednocześnie średnio 1½ cm^3 roztworu Pantocainy (1‰) z Racedriną (= 75 mg Racedriny — przy nadciśnieniu wystarcza 25 — 30 mg). Większe dawki Racedriny wolno stosować jedynie wyjątkowo. Im wyżej powinno sięgać znieczulenie, tem więcej należy naogół dawać Ephedriny.

Jeżeli płyn mózgowo-rdzeniowy jest krwawy i nie wyjaśnia się szybko lub jeżeli jest mętny (podrażnienie opon) wówczas wstrzykiwać nie należy. Więk-

szych strat płynu należy unikać. Dla wewnątrzoponowego znieczulenia krzyżowego *Schmidt* stosuje ½—1 cm^3 roztworu Pantocainy zmieszanego z ½—1 cm^3 płynu. Nakłuwa się między IV — V kręgiem krzyżowym; miednica powinna być wysoko ułożona już podczas wstrzykiwania. Czas wstrzykiwania 5 — 8 sekund na 1 cm^3. Prostowniki kończyn dolnych przeważnie nie zostają przytem porażone, strona przednia podudzi jest wrażliwa na ból.

Dolne kończyny znieczula się 2 cm^3 roztworu zmieszanemi z 2 cm^3 płynu. Nakłucie między III — IV kręgiem lędźwiowym, wstrzyknięcie w ułożeniu z miednicą nieco uniesioną, czas wstrzykiwania 4 — 5 sekund na 1 cm^3. Przy odpowiedniej technice udaje się ograniczyć znieczulenie do jednej kończyny.

Znieczulenie środkowe, dla laparatomji w dolnej części brzucha oraz operacji na narządzie moczowym i w miednicy, przeprowadza *Schmidt*, wstrzykując 2½ — 3 cm^3 roztworu + 2½ — 3 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego. Nakłucie między II i III kręgiem lędźwiowym, możliwie w poziomej pozycji. Znieczulenie dochodzi do pępka, przeważnie nawet do łuku żebrowego (D 8).

Wysokie znieczulenie musi sięgać do 4-go segmentu piersiowego. Nakłucie między I — II lub II — III kręgiem lędźwiowym w poziomem ułożeniu lub w niewielkiem (5°) uniesieniu dolnej części ciała. Wstrzyknięcie 6 — 7 cm^3 (połowa roztworu znieczulającego i połowa płynu). Czas wstrzykiwania 3 — 4 sekund na 1 cm^3. Przy wysokiem znieczulaniu postępowanie znieczulenia ku górze należy kontrolować ze szczególną starannością. Nigdy nie wolno odrazu wstrzyknąć całkowitej dawki.

Kirschner podał sposób uniezależnienia się w znacznym stopniu od wielu indywidualnych właściwości: wstrzykuje się nie odrazu całą dawkę, lecz początkowo ⅓ — ½, poczem znowu zakłada się mandryn do igły; następnie oczekuje się 5 — 8 minut i kontroluje starannie postępowanie znieczulenia. Jeżeli znieczulenie nie dochodzi jeszcze do potrzebnej wysokości, wówczas wstrzykuje się jeszcze ⅓ lub pozostałą część roztworu. Dalszy przebieg znieczulenia odbywa się przy tkwiącej igle i w bocznem ułożeniu chorego. Stopniowe znieczulenie zmniejsza główne niebezpieczeństwo znieczulenia lędźwiowego: spadek ciśnienia krwi. Stopień znieczulenia przy stosowaniu Pantocainy jest stanowczo silniejszy niż przy Novocainie.

Przy znieczulaniach w górnej części brzucha należy zwracać uwagę na ból trzewny, objawy ze strony nerwu błędnego i promieniowania nerwu przeponowego. Jeżeli się udaje doprowadzić znieczulenie do D 4, wówczas nerw współczulny może zostać zupełnie wykluczony. Jeżeli znieczulenie nie sięga dostatecznie wysoko, wstrzykuje się przy otwartej jamie brzusznej do zwoju trzewnego, co udaje się bardzo łatwo. Znieczulenie lędźwiowe nie wyklucza wrażeń ze strony nerwu błędnego, które bywają czasem odczuwane nawet jako ból. *Schmidt* spostrzegał niejednokrotnie, że chorzy przy zupełnem znieczuleniu trzewnem odczuwali bóle, które można było odnieść tylko do nerwu błędnego. Wrażliwość nerwu błędnego można bez trudu znieść zapomocą

wstrzyknięcia 10 — 20 cm^3 1$^0/_{00}$-owego roztworu Pantocainy po obu stronach wpustu; zwłaszcza przy operacjach na żołądku *Schmidt* zawsze stosował powyższe pomocnicze wstrzyknięcie. Promieniowania nerwu przeponowego są bardzo trudne do uniknięcia, i z tego względu należy pod przeponą zawsze pracować bardzo ostrożnie i starannie. W poszczególnych przypadkach, przy przedziurawionych wrzodach żołądka, stwierdzano bezwzględne znieczulenie w jamie brzusznej, podczas gdy bóle łopatkowe trwały nadal. Przeciwko mdłościom stosuje się niskie ułożenie głowy, bodźce skórne, jak nacieranie twarzy i zwilżanie warg zimną wodą. Jeżeli te zabiegi zawodzą, wówczas stosowanie tlenu z dodatkiem 5 — 8% kwasu węglowego wywołuje nadmierną wentylację i dzięki temu szybko usuwa mdłości. Kwas węglowy zwiększa ciśnienie krwi; zwiększone częściowo ciśnienie tlenu ułatwia nasycenie krwi O_2 przy powierzchownem oddychaniu.

Czas znieczulenia wynosił 2½ — 8 godzin, przeciętnie 3½ godziny. Autor ani razu nie spostrzegał żadnych, nawet przemijających objawów porażeń ruchowych. Od czasu, gdy dokonywa się nakłuć cienkiemi igłami i przestrzega się, aby chorzy przez 12 — 24 godzin po operacji leżeli z wysoko umieszczoną miednicą, bóle głowy występują mniej niż w 5% przypadków. Powikłania płucne zdarzały się wyjątkowo rzadko. Pooperacyjne zatrzymanie moczu stwierdzano częściej u mężczyzn niż u kobiet, u których występowało ono bardzo rzadko; nigdy jednak nie pozostawały żadne oznaki nietrzymania kału lub osłabienia pęcherza. Również i przy późniejszych badaniach kontrolnych (po roku) nie spostrzegano żadnych poważniejszych zaburzeń. „Odczyn oponowy" występujący zawsze po znieczuleniu lędźwiowem — zwiększenie ilości elementów komórkowych i białka oraz przesunięcie rodzajów białka w płynie mózgordzeniowym — ustępował, jak tego dowodziły nakłucia kontrolne, bardzo szybko i znikał zupełnie już po 48 godzinach. Na uwagę zasługuje okoliczność, że nawet w rzadkich przypadkach znacznego zwiększenia się ilości elementów komórkowych nigdy nie spostrzegano objawów klinicznych odczynu oponowego. W poszczególnych przypadkach *Schmidt* jeszcze po upływie kilku tygodni znajdywał w płynie zwiększenie ilości białka i zmianę stosunku ilościowego różnych frakcyj białkowych, nigdy natomiast powiększenia się ilości komórek.

Dr. M. SHIRBINI i dr. SEDDIK A. NAGA (Mansourah w Egipcie).

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM OMNADINY.

(Referat według Ther. Ber. Tom IV, Nr. 5)

Spostrzeżenia autorów, dotyczące stosowania pełnowartościowej nieswoistej szczepionki uodporniającej Omnadiny, odnoszą się prawie do wszystkich chorób zakaźnych, zwłaszcza róży, czyraczności, zakażenia połogowego i grypy. Wielką zaletą Omnadiny jest, że w przeciwieństwie do surowic, szczepionek i licznych leków o działaniu bodźcowem, nie wywołuje ona żadnego odczynu. Na uwagę zasługuje również okoliczność, że Omnadina nigdy nie wywołuje objawów anafilaktycznych, dzięki czemu można ją wstrzykiwać codziennie w dowolnych dawkach. Własność tę zawdzięcza Omnadina według *Mucha* swej dyspersji cząsteczkowej, gdyż właściwa anafilaksja powstaje na drodze rozkładu, który przy Omnadinie wogóle nie jest możliwy.

R ó ż a. Z pośród licznych przypadków róży, leczonych z pomyślnym wynikiem Omnadiną, autorzy przytaczają w streszczeniu 7 przypadków, które mogą uchodzić za typowe przykłady skuteczności Omnadiny.

1. 20-letni mężczyzna zgłasza się do kliniki z dwustronną różą twarzy, trwającą już od 14 dni. Dotychczasowe leczenie polegało tylko na stosowaniu okładów z maści ichtjolowej. W chwili przyjęcia gorączka 39°. Silne zaczerwienienie całej twarzy, sięgające do owłosionej granicy czoła.

1-go dnia	2 cm³	Omnadiny	dożylnie,	temperatura	38,5°
2-go „	4 cm³	„	„	„	38°
3-go „	2 cm³	„	„	„	37,5°
4-go „	2 cm³	„	„	„	36,5°

Na czwarty dzień objawy róży cofnęły się prawie zupełnie, chorego jeszcze przez 3 dni smarowano maścią ichtjolową, poczem wobec braku jakichkolwiek zmian chorobowych, wypisano jako wyleczonego.

2. 60-letnia kobieta; wyjątkowo ciężka róża twarzy; wskutek silnego obrzęku powiek nie może wogóle otworzyć oczu. Choroba trwa od 4 dni. Narządy wewnętrzne bez zmian. Gorączka 39,5°. Dotychczas wcale nie leczona.

Chora otrzymywała w ciągu 11 dni co drugi dzień domięśniowe wstrzyknięcie 2 cm³ Omnadiny (czyli ogółem 6 wstrzykiwań), pozatem opatrunek z maści ichtjolowej, środki czyszczące i alkohol doustnie. Gorączka opadała stopniowo, objawy róży cofały się. Po 12 dniach pacjentka została wypisana jako wyleczona.

3. Trzyletnie dziecko, róża prawego podudzia i stopy. Choroba trwa już od pewnego czasu. Dotychczasowe leczenie polegało na stosowaniu opatrunków z maści. W chwili przyjęcia do kliniki gorączka 38,5°. Natychmiast wstrzyknięto domięśniowo 1 cm³ Omnadiny; gorączka wieczorem obniżyła się do 37,2°. Po dwóch dniach wstrzyknięcie powtórzono i tym razem temperatura opadła

do normy. Jeszcze 2 dni leczenia miejscowego, poczem małą pacjentkę wypisano jako wyleczoną.

4. 25-letnia kobieta, Erysipelas migrans, choroba trwa od 2 dni, gorączka przy przyjęciu 40°, znaczne zaczerwienienie i obrzmienie twarzy, obrzęk powiek.

Chora w ciągu 3 dni otrzymywała codziennie dożylne wstrzyknięcie 2 cm³ Omnadiny, gorączka obniżyła się do 38°. 4-go dnia taka sama dawka Omnadiny, a pozatem domięśniowo 20 cm³ surowicy paciorkowcowej, 5-go dnia róża zaczęła się powoli zmniejszać i stopniowo cofać. Po 10-dniowem leczeniu zupełne wyzdrowienie.

5. 10-dniowe dziecko, Erysipelas migrans. (Przypadek z praktyki ambulatoryjnej). Gorączka 40°. ½ cm³ Omnadiny domięśniowo. Przy badaniu powtórnem po 3 dniach objawów róży już nie było, jedynie na kończynach dolnych stwierdzono obrzęki. Dziecko zmarło, niestety, po 2 dniach wśród objawów osłabienia serca.

6. 35-letnia kobieta, róża twarzy trwająca już od dłuższego czasu. Chorą leczono już wstrzykiwaniami surowicy paciorkowcowej. Gorączka 39°.

Chora otrzymała tylko jedno domięśniowe wstrzyknięcie 2 cm³ Omnadiny, pozatem opatrunek z maści ichtjolowej i Pyramidon doustnie. Pacjentka leczyła się ambulatoryjnie. Przy następnej wizycie (po 8 dniach) stwierdzono zupełne wyleczenie róży. Według relacji chorej gorączka już na drugi dzień po wstrzyknięciu znacznie się obniżyła, silne zaczerwienienie i napięcie skóry twarzy złagodniało i po 3 — 4 dniach wszelkie dolegliwości ustąpiły prawie zupełnie.

7. 15-letni chłopiec z rozległą różą twarzy, gorączka 40°. Choremu wstrzyknięto dożylnie 2 cm³ Omnadiny i domięśniowo 20 cm³ surowicy paciorkowcowej. Pozatem okład ichtjolowy i Pyramidon. Po 10 dniach zupełne wyleczenie, tak że nawet nie zachodziła potrzeba drugiego wstrzyknięcia.

Ze spostrzeżeń swych wyciągają autorzy wniosek, że pomyślny wpływ leczniczy Omnadiny na przebieg róży nie ulega wątpliwości. Ani razu nie spostrzegano żadnych cięższych powikłań. W dwóch przypadkach zastosowano jednocześnie surowicę paciorkowcową, co może również przyczyniło się w pewnym stopniu do skrócenia długotrwającej choroby. Zastosowanie samej surowicy paciorkowcowej (bez Omnadiny), którą dawniej autorzy stosowali na szeroką skalę, nie dawało tak dobrych wyników. Do jednoczesnego leczenia maścią ichtjolową autorzy nie przywiązują prawie żadnego znaczenia, i stosują ją jedynie dla uniknięcia długich i niepotrzebnych rozmów z miejscową ludnością, która nie może sobie wyobrazić, aby można było leczyć jakąkolwiek chorobę skórną bez stosowania maści.

F u r u n c u l o s i s. Jako przykłady wpływu Omnadiny na czyraczność, autorzy opisują dwa przypadki ciężkiej furunkulozy.

1. 25-letni mężczyzna, rozległa ciężka czyraczność kończyn dolnych i pośladków. Dotychczasowe leczenie wszelkiemi możliwemi sposobami (również i szczepionką gronkowcową) nie okazało żadnego wpływu na stan skóry. W klinice autorów zastosowano Omnadinę, lampę kwarcową i suche opatrunki.

1-go	dnia	2 cm^3	Omnadiny	domięśniowo
3-go	"	2 cm^3	"	dożylnie
5-go	"	2 cm^3	"	"
7-go	"	2 cm^3	"	"
9-go	"	2 cm^3	"	"

Powyższe leczenie sprawiło, że czyraki zaczęły się oczyszczać i poprawiać, a nowe już się nie tworzyły. Po kilku dniach chory zgłosił się dla zmiany opatrunku. Stwierdzono zupełne wyleczenie.

2. 40-letni mężczyzna, rozległa, trwająca już od wielu miesięcy furunkuloza całego ciała; w niektórych miejscach wyraźne zapalenie naczyń chłonnych. Gorączka 38,2°. Pierwszego dnia choremu wstrzyknięto 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo, a następnie od 2-go do 10-go dnia stosowano codziennie wstrzykiwania dożylne. Pozatem tylko suche opatrunki. Po 10 wstrzykiwaniach wszystkie czyraki oczyściły się, po dalszych 4 dniach suchego opatrunku zupełne wyleczenie.

Powyższe dwa przypadki wystarczają chyba w zupełności, aby wykazać doskonałe działanie Omnadiny w przypadkach rozległej furunkulozy. Obu pacjentów leczono prawie wyłącznie Omnadiną; żadna z dotychczas stosowanych zachowawczych metod leczenia nie dawała autorom podobnie pomyślnych wyników.

Zakażenie połogowe. Z pośród spostrzeganych przypadków zakażenia połogowego autorzy przytaczają jako przykład przypadek leczony Omnadiną i Trypaflaviną.

Kobieta 30-letnia, rodzi po raz drugi. Bliźnięta; drugie dziecko rodzi się po pierwszem dopiero po 13 godzinach. Nazajutrz po porodzie gorączka 38° i dreszcze, w ciągu dni następnych gorączka podnosi się do 39°, bardzo częste i bardzo silne dreszcze.

W 1-ym	dniu leczenia	2 cm^3 Omnadiny	domięśniowo		Gorączka 38—39°
W 2-im	" "	2 cm^3	"	"	
W 3-im	" "	2 cm^3	"	"	+ 10 cm^3 ½%-owej Trypaflaviny dożylnie. Gorączka 38°.
W 4-ym	" ,	2 cm^3	"	"	
W 5-ym	" "	10 cm^3 ½%-owej Trypaflaviny dożylnie, gorączka 37,5°			
W 6-ym	" "	stan bezgorączkowy, samopoczucie dobre, przedmiotowo żadnych zmian chorobowych nie stwierdza się. Po kilku dniach pacjentkę wypisano jako wyleczoną.			

Wobec tego, że po dwóch wstrzyknięciach Omnadiny stan chorej nie poprawił się w sposób wyraźniejszy i pacjentka robiła wrażenie ciężko chorej, autorzy zdecydowali się dołączyć jeszcze wstrzykiwania dożylne Trypaflaviny, która dawała im dawniej bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Od tego czasu stosują autorzy we wszystkich przypadkach zakażenia połogowego kombinowane leczenie Omnadiną i Trypaflaviną i uważają, że metoda ta daje im naogół lepsze wyniki niż poprzednio stosowane leczenie tylko Omnadiną lub tylko Trypaflaviną. Z tego względu leczenie zakażenia połogowego nie wchodzi właściwie ściśle w zakres pracy, omawiającej wyłącznie działanie Omnadiny; autorzy uważali jednak za wskazane podać narazie powyższą krótką wzmiankę, zastrzegając sobie obszerniejsze omówienie tego tematu na innem miejscu.

Choroby wewnętrzne. Głównym zakresem wskazań do stosowania Omnadiny w dziedzinie chorób wewnętrznych jest grypa oraz grypowe i odoskrzelowe zapalenie płuc. Spostrzeżenia autorów dotyczące pomyślnego działania Omnadiny w omawianej dziedzinie są tak liczne, że jako przykład autorzy przytaczają tylko jeden typowy przypadek.

40-letni mężczyzna, w dobrym stanie odżywiania, skarży się na bóle w kończynach i kaszel. Dolegliwości te trwają już od kilku dni. Gorączka 39°. Badanie płuc wykazuje ognisko stłumienia u podstawy prawego płuca i rozsiane świsty na całej przestrzeni obu płuc.

1-go dnia 2 cm^3	Omnadiny domięśniowo		
2-go dnia 2 cm^3	„ „	ciepłota	38°
3-go dnia 2 cm^3	„ „	„	37,5°
4-go dnia 2 cm^3	„ „	„	36,7°
5-go dnia 2 cm^3	płuca bez zmian chorobowych, stan bezgorączkowy, pacjent po kilku dniach zostaje wypisany jako wyleczony.		

Przypadków o podobnym przebiegu autorzy spostrzegali bardzo dużo; wobec tego, że dane z piśmiennictwa o pomyślnym wpływie Omnadiny na zakażenie grypowe są już bardzo liczne, autorzy ograniczają się do podania tej krótkiej wzmianki, uważając że sprawa leczenia grypy Omnadiną jest już powszechnie znana.

Odra. Autorzy stosowali Omnadinę z pomyślnym wynikiem również i w licznych przypadkach odry.

5-letnie dziecko zostaje przywiezione do kliniki w 3-im dniu gorączki. Temperatura 39,5°. Nieżyt oskrzeli. Rozpoznanie niepewne. Jak przy wszelkich gorączkowych chorobach z niewyraźnem rozpoznaniem wstrzyknięto małemu pacjentowi Omnadinę.

1-go dnia 2 cm^3 Omnadiny domięśniowo
2-go dnia ciepłota 38,5°
3-go dnia typowa wysypka odrowa, ciepłota 38°, środki napotne i wykrztuśne
4-go dnia ciepłota 37°

Następnie ciepłota opada do normy i dziecko po kilku dniach zostaje wypisane jako wyleczone.

Właśnie w Egipcie odra przebiega bardzo ciężko; powikłania zdarzają się tu szczególnie często, tak że należy stosować wszelkie możliwe środki ostrożności, aby złagodzić przebieg choroby. Z tego właśnie względu autorzy tak chętnie stosują Omnadinę, która oddaje im nietylko w odrze, lecz we wszelkich gorączkowych chorobach zakaźnych nadzwyczaj cenne usługi.

Na podstawie swego dużego i różnorodnego doświadczenia autorzy wyrażają swe głębokie przekonanie, że nieswoista szczepionka uodporniająca Omnadina okazuje bardzo pomyślny wpływ leczniczy na przebieg ostrych chorób zakaźnych. Autorzy zwracają się z apelem do ogółu lekarzy, aby zechcieli się przekonać na podstawie osobistego doświadczenia o wielkiej wartości nieswoistego leczenia bodźcowego.

Prof. dr. E. HOFFMANN, BONN.

W SPRAWIE KURACJI NIEZBĘDNEJ DLA WYLECZENIA KIŁY PIERWSZO- I DRUGORZĘDOWEJ.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 39).

Klinika chorób skórnych w Bonn już od przeszło 20 lat uznaje zasadę mieszanej kuracji salvarsanowej, mającej na celu osiągnięcie pewnego i trwałego wyleczenia. Badania kontrolne dokonywane w ciągu długich lat wykazały w sposób przekonywujący, że kiła w pierwszym i drugim okresie jest prawie zawsze wyleczalna. Osiągnięte wyleczenie można było po upływie wielu lat wykazać różnemi sposobami badania laboratoryjnego i klinicznego; potwierdzeniem zupełnego wyleczenia były ponadto przypadki powtórnego zakażenia i kilkakrotnego wyleczenia tych samych chorych. Autor opisuje np. ze swej praktyki 2 trzykrotnie i 6 dwukrotnie wyleczone przypadki. Jeden z tych chorych (Lues I 1911 i 1913) w 20½ lat po pierwszem i prawie 18 lat po drugiem zakażeniu jest obecnie zupełnie zdrów i nie wykazuje absolutnie żadnych oznak kiły. Inny pacjent (Lues II 1912, Lues I seropositiva 1917, Lues I seronegativa 1922) w 17½ lat po pierwszem, 12 po drugiem i 7 lat po trzeciem zakażeniu również jest bez zastrzeżeń zdrów.

Najważniejszym środkiem leczniczym pozostaje również i dzisiaj Salvarsan-Natrium i Neosalvarsan. Leczenie wyłącznie Salvarsanem daje jednak o wiele mniej pewne wyniki ostatecznego wyleczenia i z tego względu konieczną jest jednoczesna kuracja bizmutowa. Nowsze spostrzeżenia *Hoffmanna* wykazały, że kuracje salvarsanowo-bizmutowe dają takie same wyniki, jak dawniejsze kombinowane kuracje Salvarsanowo-rtęciowe, lecz że tolerancja ich jest o wiele lepsza.

Dawkowanie należy obliczać w taki sposób, aby zapewnić choremu bezwzględną skuteczność kuracji. Pojedyncze dawki powinny być możliwie du-

że, a przerwy między poszczególnemi wstrzykiwaniami krótkie. Dawka ogólna na jedną kurację powinna być dostatecznie duża (około 6 gramów Salvarsanu). Kurację można uprościć, podając Salvarsan i bizmut jednocześnie (Salvarsan dożylnie, bizmut domięśniowo); wstrzykiwania stosuje się dwa razy tygodniowo, zawsze w tych samych dniach tygodnia. Łączenie preparatów salvarsanowych i bizmutowych w jednej strzykawce nie okazało się celowem i nie przyjęło się. Przy ostrożnem stopniowem zwiększaniu dawki mężczyźni znoszą przeważnie dobrze 2 × 0,6, kobiety 2 × 0,45 — 0,52 i nawet 0,6 Neo — lub Natrium - Salvarsanu na tydzień. Nierzadko stwierdza się, że chorzy lepiej znoszą te duże dawki niż dawki średnie. Nawet kobiety ciężarne znosiły — przy przestrzeganiu, oczywiście, wszelkich ostrożności — 2 × 0,45 — 0,52 (!), a czasem nawet 0,6 g (!) bez żadnych zaburzeń. W przypadkach opornych na leczenie *Hoffmann* zwiększał dawkę do 1,5 g tygodniowo (2 × 0,75), nietylko bez żadnej szkody dla chorych lecz prawie zawsze z pomyślnym wynikiem leczniczym. Dla łatwiejszego przezwyciężenia odporności na kurację salvarsanowo - bizmutową stosowano w przeddzień każdego wstrzyknięcia kurację napotną. Występujące czasami zaburzenia zmuszały do zamiany Neosalvarsanu na Natrium - Salvarsan lub naodwrót: czasami zachodziła również potrzeba podawania leków zmniejszających wrażliwość ustroju jak np. wapnia, cukru, sympatolu i t. d.

Kuracja maksymalna składa się z 10 — 12 wstrzykiwań; ogólna dawka Salvarsanu wynosi więc dla kobiet 5 — 6 g, a dla mężczyzn nieco więcej, nawet do 7 — 8 g. Im lepiej dostosuje się wielkość dawki ogólnej przy dostatecznie dużych dawkach tygodniowych do stanu każdego poszczególnego pacjenta, tem pewniej dochodzi się do celu. Ilość zastosowanego bizmutu nie ma takiego dużego znaczenia.

Ważnem jest również przestrzeganie krótkich przerw między maksymalnemi kuracjami; jest to zasadniczy warunek całkowitego wykorzystania zdolności nowoczesnych środków terapeutycznych do wczesnego wyleczenia. Z tego względu *Hoffmann* zarządza przerwy trwające tylko 5, a najwięcej 5½ tygodnia. W kile pierwszorzędowej, przebiegającej z zupełnie ujemnym odczynem surowiczym, wystarcza jedna kuracja, w kile pierwszorzędowej z odczynem dodatnim wskazane są dwie kuracje, a w kile drugorzędowej trzy kuracje. W przypadkach wątpliwych i znajdujących się na pograniczu lepiej zastosować następne mocniejsze leczenie. Poszczególne kuracje należy stosować w krótkich odstępach czasu. Odczyny serologiczne zwykle stają się ujemne już podczas pierwszej lub drugiej kuracji; jeżeli odczyn jednak pozostaje dodatni, stosuje się dla wszelkiej pewności jeszcze jedną kurację. W przypadkach odpornych, z uporczywie dodatniemi odczynami, należy w porę pomyśleć o zmianie środka leczniczego (również i preparatu bizmutowego) i o zastosowaniu kuracji Zittmanna, gdyż niektórzy chorzy reagują na pewien preparat salvarsanowy lepiej niż na inny. Pomimo że we wczesnej kile drugorzędowej często już dwie

maksymalne kombinowane kuracje wystarczają dla wyleczenia, to jednak *Hoffmann* jest zasadniczo zwolennikiem 3 kuracyj. Czas leczenia trwa włącznie z przerwami 17 (6 + 5 + 6), a w najcięższych przypadkach 28 (17 + 5 + 6) tygodni. Jeżeli choroby nie można już uważać za wczesną drugorzędową (Lues II trwający 3 — 6 miesięcy) i jeżeli stwierdza się już wyraźne zmiany w płynie mózgowordzeniowym, wówczas wskazanem jest, aby przy dobrej tolerancji kurację wzmocnić (2 × 0 75 g Salvarsan-Natrium), pomimo że przeciętnie już dawka zwykła (2 × 0,6 g na tydzień) wystarcza. Również i w przypadkach, w których już podczas drugiej maksymalnej kuracji odczyny surowicze nie stają się ujemne, a zmiany płynu mózgowordzeniowego trwają uporczywie, *Hoffmann* zaleca zwiększenie dawki. Zwiększenie to jest wskazanem również i przy oznakach odporności klinicznej.

Przy takiem dawkowaniu (2 × 0,6 g na tydzień) kuracja swoista nigdy nie zawodziła. W poliklinice stwierdzono czasami odporność serologiczną; przeważnie udawało się jednak osiągnąć poprawę, zwłaszcza przy leczeniu klinicznem, przez zmianę środka, względnie przez zastosowanie większych dawek Salvarsanu. U nielicznych pacjentów, u których mimo wszystko odczyny surowicze pozostawały dodatnie, przebieg kliniczny był jednak zawsze bez zarzutu, a badanie płynu mózgowordzeniowego prawie nigdy zmian nie wykazywało.

Dr. R. KLOTZ, Drezno.

HYPOPHYSINA JAKO ŚRODEK KRĄŻENIOWY.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 31).

Autor stosuje Hypophysinę jako środek krążeniowy już od 20 lat i osiąga przy jej pomocy bardzo pomyślne wyniki lecznicze. Według *Klotza* obawa stosowania Hypophysiny w przypadkach osłabienia krążenia jest zupełnie nieuzasadniona. Obniżenie ciśnienia krwi, którego lekarze tak się obawiają, występuje jedynie przy nieodpowiedniem zastosowaniu. Hypophysina obniża, coprawda prawidłowe ciśnienie tętnicze, podnosi jednak ciśnienie obniżone. Duże znaczenie ma, oczywiście, również i sposób stosowania oraz dawkowanie. Hypophysiny nierozcieńczonej, podobnie jak i Suprareniny, wstrzykiwać dożylnie nie wolno. Hypophysinę można wstrzykiwać dożylnie jedynie bardzo powoli i w odpowiedniem rozcieńczeniu (przy stosowaniu domięśniowem wstrzykuje się 1 — 2 razy dziennie 1 — 2 cm^3 w 10 cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej).

W stanach bardzo znacznego obniżenia ciśnienia krwi w zapaści, toksycznym spadku ciśnienia i t. d. wchodzą w rachubę jedynie dożylne, bardzo powolne wlewania Hypophysiny w fizjologicznym roztworze. Ściśle określonej dawki maksymalnej właściwie niema. Jedynie miarodajnym dla dawki po-

trzebnej w każdym poszczególnym przypadku jest stopień obniżenia ciśnienia. Jeżeli przy lekkiem obniżeniu ciśnienia ograniczyć dawkę do 1 cm^3, wówczas przy dożylnem wlewaniu (czas wlewania 1 — 2 godzin) można zastosować 4 — 8 cm^3 lub nawet więcej. Przy wlewaniu dożylnem lub podawaniu domięśniowem przemijająca bladość skóry pozwala rozpoznać siłę pożądanego skurczu naczyń włosowatych i uniknąć działania zbyt mocnego. Co do ew. wpływu szkodliwego na serce, to odnośnie do serca ludzkiego trudno powiedzieć coś stanowczego, gdyż również i badania doświadczalne na zwierzętach dawały wyniki różnorodne i niezgodne. Rozstrzygać może tu jedynie spostrzeganie i doświadczenie kliniczne. Przy sercach zdrowych *Klotz* nie stwierdził ani razu żadnych przemijających lub trwałych oznak uszkodzenia serca. Zawsze występowało zwolnienie czynności serca (powstające na drodze nerwu błędnego), które nigdy nie okazywało się groźnem, a było raczej pożądane, gdyż przeważnie dotyczyło przypadków z przyspieszonem tętnem. Ani razu nie stwierdzono występowania skurczów dodatkowych. W przypadkach organicznych chorób serca autor nie stosował Hypophysiny.

Hypophysina nie jest środkiem nasercowym, lecz środkiem dla tonizowania naczyń włosowatych (capillarotonicum). We wszelkich stanach obwodowego osłabienia krążenia z rozszerzeniem krwiobiegu w jakimkolwiek zakresie naczyń włosowatych,osiąga się zapomocą Hypophysiny dobre, a częstokroć wprost nadspodziewanie pomyślne wyniki lecznicze. Hypophysina okazała się wybitnym środkiem krążeniowym. Stosuje się ją w zależności od ciężkości i rodzaju przypadku jako wlewanie dożylne, wstrzykiwania dożylne lub domięśniowe, albo też można podawać Hypophysinę również i doustnie.

Spostrzeżenia kliniczne pouczają, że również i przy wyrównanych chorobach serca, w których ostra lub przewlekła niedomoga kapilarów wywołuje wielce niepożądany nadmierny spadek ciśnienia, ostrożne stosowanie Hypophysiny *) nie powinno nasuwać żadnych zastrzeżeń, gdyż daje znakomite wyniki lecznicze. Skurczowe zwężenie łożyska krwiobiegu może w odpowiednich przypadkach przedstawiać nawet znaczne odciążenie dla i tak już mało wydolnego serca.

*) Również i *Rominger* podaje, że nawet niemowlęta i małe dzieci znoszą stosunkowo dobrze wyciągi przysadkowe. *Rominger* wstrzykuje podskórnie przy zapaści do trzech razy dziennie po 0,4 — 0 6 cm^3 Hypophysiny.

Dr. F. FRETWURST, dr. J. HALBERKANN i prof. dr. F. REICHE. Hamburg Szpital Powszechny Barmbeck.

PHANODORM — NOWY ŚRODEK NASENNY.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 36).

Autorzy badali działanie Phanodormu na kilkuset pacjentach dotkniętych niepowikłaną postacią bezsenności i doszli na podstawie swego doświadczenia do wniosku, że Phanodorm przedstawia niezawodny środek nasenny, nie okazujący żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego lub następczego. Tolerancja Phanodormu była we wszystkich bez wyjątku przypadkach doskonała. Nawet w przypadkach wrzodu żołądka Phanodorm nie wywoływał żadnych zaburzeń; również i przy długotrwałem nieprzerwanem zażywaniu ani razu nie stwierdzono jakichkolwiek objawów skórnych. Jedynie w nielicznych przypadkach Phanodorm powodował lekką skłonność do zaparcia. Na szczególną uwagę zasługuje okoliczność, że po śnie phanodormowym nie występuje poobiednie zmęczenie ani żadne oznaki odurzenia lub zmniejszenia zdolności do pracy. Nawet po dłuższem stosowaniu nic nie wskazywało na istnienie objawów kumulacji lub na niebezpieczeństwo przyzwyczajenia. Sen trwał naogół od 5 do 9 godzin, przeważnie 6—8 godzin. Najlepsze działanie osiągano w przypadkach czystej bezsenności. Jeżeli oprócz bezsenności współistniały i bóle, albo też jeżeli bezsenność zależała właśnie od tych bólów, wówczas odpowiednio do natężenia i rodzaju tych bólów kombinowano Phanodorm z Pyramidonem lub podobnemi środkami przeciwbólowemi, wzgl. z Pantoponem lub pokrewnemi preparatami. Łączenie z preparatami bromowemi nie okazało się potrzebne ani razu. Dopóki pochodne kwasu barbiturowego dają dobry i dostatecznie długotrwały sen, należy unikać bromu, którego podawanie niezawsze jest pożądane. Większość pacjentów pomyślnie leczonych Phanodormem składała się z ozdrowieńców po podostrych i ostrych chorobach wewnętrznych (grypa), z chorych dotkniętych wadami serca, miażdżycą, nadciśnieniem, przewlekłemi chorobami przewodu pokarmowego oraz z pacjentów cierpiących na zwykłą bezsenność na podłożu nerwowem. Phanodormu nie podawano chorym z objawami ciężkiego nerwowego niepokoju, histerji, padaczki i wyraźnych stanów pobudzenia lub depresji.

Autorzy zajęli się również badaniem wydzielania kwasu barbiturowego po zażywaniu Phanodormu. W tym celu podawano Phanodorm w ciągu 10 dni czterem rekonwalescentom cierpiącym na bezsenność (jeden otrzymywał 0,4, pozostali po 0,5 g pro die). Chorzy znosili Phanodorm bardzo dobrze; nie stwierdzano u nich ani przyspieszenia tętna, ani zmian w moczu lub zaburzeń żołądkowych. Wstępne doświadczenia na psach wyjaśniły sposób powstawania i własności produktu przemiany Phanodormu w ustroju. Z dokonanych analiz wynika, że niezmieniony Phanodorm wydziela się jedynie w niewielkiej ilości (2,5—6,3%), natomiast produkt przemiany (kwas etylocykloheksenonylbar-

biturowy?) w ilości 12,5—19% przyjętego Phanodormu. Dowodzi to, że około 80% Phanodormu ulega w organizmie zupełnemu rozkładowi. Żadnego małodrobinowego produktu rozkładu wykryć dotychczas się nie udało. Na uwagę zasługuje szybkie ustanie wydzielania zarówno Phanodormu jak i produktu jego przemiany po zaprzestaniu podawania, co dowodzi, że kumulacja nie następuje. Jako dowód nieszkodliwości Phanodormu autorzy przytaczają przypadek usiłowania samobójstwa zapomocą 20 tabletek Phanodormu i 25 g chloroformu. Chory szybko powrócił do zupełnego zdrowia. W doświadczeniach na myszach wykazano, że produkt przemiany Phanodormu nie posiada żadnego działania farmakologicznego.

Spostrzeżenia przy łóżku chorego również potwierdzają fakt, że Phanodorm podlega w ustroju utlenieniu, traci zupełnie wszelkie własności trujące i nie nagromadza się w organizmie. Phanodorm okazał się niezawodnym środkiem nasennym w tych wszystkich przypadkach czystej bezsenności, w których uregulowanie ogólnego trybu życia i fizykalne metody lecznicze nie doprowadzały do celu. Większa lub mniejsza osobista wrażliwość w stosunku do środków nasennych przejawiała się przy Phanodormie tylko w ten sposób, że czasami przeciętna średnia dawka zawodziła, nigdy nie stwierdzano natomiast niepożądanego zbyt silnego działania. Wprowadzenie nowego, dobrego i nieszkodliwego preparatu nasennego z grupy kwasu barbiturowego autorzy uważają za rzecz wielce pożyteczną, gdyż pacjenci, którzy cierpią na uporczywą bezsenność i zmuszeni są do przyjmowania przez czas dłuższy środków nasennych, mogą się do nich przyzwyczajać, wobec czego zachodzi nierzadko potrzeba częstego zmieniania stosowanego środka.

Dr. W. SCHULTZ, II oddz. wew. Szp. Charlottenburg - Westend.

POSTĘPY W LECZENIU STANOW ANGIOSPASTYCZNYCH.

(Referat według Z. ärztl. Fortbild. 1932, Nr. 16).

Po wstrzykiwaniach wyciągów mięśniowych występują czasami objawy uboczne, jak przemijające złe samopoczucie, senność, przykre wrażenie w głowie, szum w uszach i zawroty głowy. Również i po zażywaniu doustnem stwierdza się czasem przykre objawy, jak uczucie gorąca, ziębienie i objawy podobne do wstrząsu. Na doustne stosowanie wyciągów reaguje tylko pewna część chorych. Skuteczniejszem jest stosowanie pozajelitowe. Autor opisuje np. pacjentkę w wieku 72 lat, która już od dłuższego czasu chorowała na dusznicę bolesną; chora ta w ciągu długich tygodni przyjmowała bez żadnego skutku 2 razy dziennie po 20 kropel Lacarnolu doustnie; tymczasem już jedno jedyne dożylne wstrzyknięcie 1 cm^3 Lacarnolu sprawiło znaczną poprawę. U innych jednak chorych również i podawanie doustne 3 razy dziennie po

15 — 25 kropel Lacarnolu dawało pomyślne wyniki lecznicze. Napady i bóle stenokardyczne ustępowały po 1 — 2 tygodniach. Po odstawieniu lekarstwa lub znacznem zmniejszeniu dawki napady i bóle u niektórych chorych powracały, lecz po ponownej kuracji znowu udawało się przezwyciężyć je. U chorych z nadciśnieniem można było nierzadko w trwały sposób obniżyć ciśnienie tętnicze, o ile sprawa zasadnicza nie dotyczyła złośliwej miażdżycy. Istnieje pogląd, że wyciągi uczulają serce dla naparstnicy. Może się jednak również zdarzyć, że pacjenci mocno digitalizowani dostają po dożylnem wstrzyknięciu wyciągu ciężkiego napadu dusznicy bolesnej.

Leczenie Lacarnolem bywa częstokroć uwieńczone powodzeniem nawet w tych przypadkach, w których preparaty teobrominowe są źle znoszone, a azotyny wywołują napływ krwi do głowy. Wyciągi mięśniowe można stosować również i w przypadkach chromania przestankowego zwłaszcza na tle nadużywania tytoniu. Przy grożącej lub rozpoczynającej się zgorzeli dolnych kończyn rokowanie staje się o wiele gorsze. W przypadkach takich wskazana jest ostrożność, gdyż zdarzały się również i pogorszenia. W kilku przypadkach osłabienia mięśnia sercowego w stanie niewyrównania stwierdzono poprawę diurezy. Wobec tego, że wyciągi mięśniowe okazują wpływ również i na unerwienie wegetatywne i przestrajają je w sposób celowy, zastosowano Lacarnol w kilku przypadkach wrzodu żołądka i bólów żołądkowych oraz w przypadku bezsenności u chorego z ciężką miażdżycą nerek. Lacarnol (3 razy dziennie po 20 kropel) sprawił tym chorym znaczną ulgę.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że wyciągi mięśniowe okazują niewątpliwy wpływ na krążenie krwi i że pozwalają na osiągnięcie pomyślnych wyników leczniczych zwłaszcza w tych przypadkach, w których leki dawniej stosowane zawodzą. Wskazanie należy jednak starannie określać w każdym poszczególnym przypadku.

Prof. dr. PLESCH. Berlin.

O WYWIADACH.

(Referat według Münch. med. Wochenschr. 1930, Nr. 49).

Metody badania i leczenia powinny się rozwijać i doskonalić odpowiednio do postępów współczesnej wiedzy. Również i przy zbieraniu wywiadów należy uwzględniać najnowsze poglądy i nie zaniedbywać zagadnienia dziedziczności i psychoanalizy. Niewolno odnosić się do wywiadów tak, jak to czyniono dawniej i jak to się zdarza czasami również i obecnie. Wymagamy obecnie więcej niż tych tradycyjnych spostrzeżeń odnośnie do koloru oczu lub owalu twarzy, których opisy znajdujemy na dowodach osobistych. Czyż takie wskazówki można uważać obecnie za wystarczające? Jakaż to strata czasu pozostawać wiernym tradycji w epoce, gdy posiadamy fotografje. Niestety, ze

względów ekonomicznych nie możemy jeszcze żądać fotografji, a tembardziej filmu naszych chorych.

Fotografja już na pierwszy rzut oka mówi nam więcej o wszelkich cechach osobnika niż długi i szczegółowy opis, a pozatem przy ew. przyszłych badaniach ułatwia ona w znacznym stopniu stwierdzenie zaszłych zmian.

Rozumie się samo przez się, że wywiadów i oglądania niewolno traktować oddzielnie gdyż te dwie części badania ogólnego uzupełniają się wzajemnie. Inaczej należy postępować z osobnikiem ułomnym i słabym, inaczej z człowiekiem o silnej budowie ciała, innym powinien być nasz stosunek do kobiety o cechach nieco męskich i inny do kobiety z oczami gorączkowemi.

Wywiady stanowią nieodłączną część całokształtu badania; zwłaszcza w wieku dojrzałym dostarczają one nam wielu cennych wskazówek, które dopiero uzupełnia dokładne badanie przedmiotowe. Dojrzałość płciowa i wyczerpanie się czynności płciowych dają u różnych osobników niesłychanie odmienne obrazy kliniczne. Jakaż różnica stanu fizycznego i umysłowego u dwóch osób w jednakowym wieku! Należałoby zwracać uwagę na podwójną ocenę wieku, wieku domniemanego i wieku istotnego. Są ludzie młodzi o wyglądzie starych i zdarzają się starzy o wyglądzie młodzieńczym.

Wywiady rodzinne nie powinny zajmować się wyłącznie bezpośrednimi przodkami i dziećmi oraz najbliższem rodzeństwem, lecz należy przytem uwzględniać i innych członków rodziny, gdyż wiemy obecnie, że dziedziczenie może przeskakiwać pokolenia i kierować się do gałęzi bocznych. W przypadkach, w których rozchodzi się o zaburzenia umysłowe, wiąd rdzenia, kiłę, gruźlicę, otrzymanie dokładnych danych natrafia przeważnie na trudności. Jeżeli chory jeszcze stosunkowo szczerze mówi o sobie, to odnośnie do swych rodziców zachowuje się zwykle z pewną rezerwą, a dane co do dalszych przodków są już przeważnie bardzo skąpe i nieścisłe. Jest to właściwie zrozumiałe: któż przyzna się odrazu, że jego ojciec lub matka miał taką lub inną ułomność lub chorobę psychiczną. Raczej naodwrót, istnieje skłonność do przedstawiania sprawy w świetle nieco lepszem i mówienia dobrze, jeśli nie o samym sobie, to przynajmniej o swych przodkach.

Wynika z tego, że przystępując do wypytywania chorych i do oceny spostrzeżeń i wniosków, należy zachowywać dużą ostrożność. Chorzy chętnie dysymulują, bądź to dla wypróbowania lekarza, bądź to z powodu braku zdolności samoobserwacji i dostatecznego krytycyzmu. Skłonić chorego do zupełnej szczerości niezawsze bywa łatwem. Można powiedzieć, że lekarz przystępując do zbierania wywiadów powinien postępować jak sędzia śledczy. Należy zwracać baczną uwagę na wszystko, co chory mówi, nawet na kłamstwa, gdyż również i one pozwalają wnioskować o umysłowości pacjenta i mogą czasem mieć dla nas niemniej cenne znaczenie niż dokładne zeznania faktów istotnych.

Nic nie powinno ujść przed badawczym wzrokiem lekarza. *Gerhard* np.

radzi zwracać dużą uwagę na ręce chorych i jest zdania, że kształt, barwa, włosy, odciski, skóra i paznokcie mogą dawać ważne wskazówki o stanie ogólnym pacjenta. Również i zmarszczki twarzy powinny nam powiedzieć niejedno o właściwym nastroju naszego pacjenta, czy jest to człowiek wesoły, zamyślony lub przygnębiony.

Dalej ślady tatuowania, zapach, szczegóły ubrania, noszone ozdoby, mieszkanie — wszystko to mówi nam bardzo dużo. Również i rzeczy mogą kłamać, lecz czynią to znacznie rzadziej niż ludzie. Częstokroć dysymulacja i symulacja zależą jedynie od niezdawania sobie przez chorego sprawy z istotnego stanu rzeczy. Chory wprowadza nas w błąd zupełnie nieświadomie i może nawet wbrew swej woli.

Bardzo trudnem jest zebranie dokładniejszych danych o chorobach przebytych w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Chory sam pamięta zwykle niewiele i powtarza przeważnie to, co mu mówiono.

Trudno wreszcie uzyskać dokładny opis objawów i to nietylko chorób dawniej przebytych lecz i choroby obecnej. Chorzy są zawsze skłonni do mówienia nam o swem własnem rozpoznaniu, zamiast udzielać nam możliwie rzeczowych informacyj o swych dolegliwościach, przyczem prawie nigdy nie odróżniają objawów pierwotnych od skutków innej choroby. Wzajemne uzależnianie objawów przeważnie bywa błędne.

Jest wielką sztuką tak pokierować pacjentem, aby nam opisał możliwie rzeczowo odczuwane wrażenia. Ciekawe, że ludzie mniej inteligentni określają nam czasem z największą ścisłością swe objawy chorobowe i ułatwiają skierowanie rozpoznania na właściwe tory. Chorego nie należy zatrzymywać w jego opowiadaniu, powinien on mieć z początku możność swobodnego wypowiedzenia się. Lekarz powinien cierpliwie wysłuchać swego pacjenta, choćby poto, aby jeszcze raz przekonać się o słuszności twierdzenia *Graciana:* „Pozwólcie każdemu mówić dowoli, aby dowiedzieć się, jak mało ma do powiedzenia“. Lekarz powinien przyjmować opowiadanie chorego z pozornie dobrą wiarą, nie zdradzając swego istotnego zapatrywania i zachowując należytą powagę. W ten sposób możliwem jest pozyskanie zaufania pacjenta i osiągnięcie jaknajwiększego zbliżenia między chorym i lekarzem.

Wskazówki chorych dotyczące wielkości, wagi, ilości omawianych rzeczy, należy, oczywiście, przyjmować „cum grano salis“, gdyż są to przeważnie zapatrywania osobiste i bardzo względne. Zagadnienie apetytu, rodzaju wypróżnień, wielkości diurezy, ilości utraconej krwi rzadko kiedy bywa określane przez chorych z dostateczną ścisłością.

Na sprawy płciowe nie zwacano dawniej prawie żadnej uwagi, obecnie przypisujemy zaburzeniom w dziedzinie płciowej duże znaczenie. Jest to jednak sprawa bardzo drażliwa i wyjaśnienie jej wymaga od lekarza dużego poczucia taktu. Zdarza się nierzadko, że albo lekarz sam kierowany wstydliwością odczuwa pewne zahamowanie w rozmowie, albo też pragnie oszczędzić swego

pacjenta. Następnie jest to dziedzina, w której bardzo często mijamy się z prawdą. W razie istnienia odpowiednich wskazań lub podejrzeń, nie powinniśmy się uchylać od żadnych pytań, tembardziej że dobrze znany nam już jest ścisły związek między licznemi nerwicami a zaburzeniami czynności płciowych.

Widzimy więc, jak trudno jest zebrać dokładne wywiady. Dlatego też poruczanie zbierania wywiadów asystentowi, nieposiadającemu dostatecznego doświadczenia i ograniczanie się wyłącznie do badania przedmiotowego stanowi błąd w postępowaniu lekarskiem. W stosunku do chorego powinniśmy być jednocześnie lekarzem, kapłanem, sędzią, ojcem. Trzeba umieć wysłuchać, zrozumieć, przebaczyć, pocieszać, dodawać otuchy, radzić i pozyskiwać zaufanie; wszystko to wymaga serca, taktu, wiedzy, słuszności i w całości tworzy dopiero prawdziwego lekarza. Można się nauczyć medycyny, lecz dopiero doświadczenie czyni z nas lekarzy. W interesie chorych powinniśmy się strzec wszelkiego subjektywizmu; należy zawsze być objektywnym, gdyż niema żadnych systemów, istnieją tylko chorzy.

Mówi się zwykle: chory umarł np. z powodu gruźlicy płuc lub innej choroby, która zniszczyła określony narząd; to prawda, lecz właściwie istotne zagadnienie powinno raczej brzmieć: w jaki sposób osobnik ten mógł żyć z tak zniszczonym narządem, zanim wreszcie umarł?

Doświadczalne badania biologiczne bardzo rzadko ukazują nam czynność w warunkach prawidłowych i nie są odzwierciadleniem „prawdziwego" życia. Nawet fizjologja patologiczna nie ukazuje nam istotnego życia „chorobowego" podtrzymywanego siłami dodatkowemi i wyrównawczemi. Zbyt często przenosimy z laboratorjum do życia realnego wyniki otrzymane na zwierzętach żyjących w sztucznych warunkach.

Wywiady natomiast uwzględniają całość życia ludzkiego: dziedziczność, środowisko i wszystkie warunki, mogące wywierać wpływ na powstanie i przebieg choroby. Ze zbiorowego punktu widzenia każdy osobnik jest tylko numerem w statystyce. Dur brzuszny np. jest chorobą niebezpieczną i daje śmiertelność około 15%. Lekarza-społecznika interesuje podczas epidemji, jakie jest nasilenie choroby i czy jej przebieg jest naogół złośliwy; pojedyńczy chory obchodzi go stosunkowo znacznie mniej. Lekarz-praktyk natomiast dąży głównie do tego, aby jego pacjent pozostał przy życiu i nie znalazł się wśród tych 15%, których choroba porywa.

Nie wolno, oczywiście niedoceniać dokładnego badania przedmiotowego, lecz zdarza się nierzadko, że wywiady dają nam o wiele więcej wskazówek dla ustalenia rozpoznania. Lekarz-praktyk jest pod tym względem w znacznie lepszych warunkach niż weterynarz lub pedjatra leczący niemowlęta, gdyż może wypytywać swych pacjentów. Odpowiedzi chorych zasługują na jaknajwiększą uwagę i mają stanowczo niemniejsze znaczenie niż wyniki badania objektywnego.

Zbieranie wywiadów wiąże do pewnego stopnia lekarza z pacjentem, obaj współpracują, dążąc do jednego celu. Nie wolno zapominać o tem, że chory również jest psychoanalitykiem, lecz na wspak, jeśli się tak można wyrazić. Podczas gdy lekarz stara się zapomocą pytań wyjaśnić sprawę, chory zwykle obserwuje go bacznie, analizuje te pytania i usiłuje uświadomić sobie, do jakiego stopnia lekarz go rozumie. Pytanie odpowiednio postawione ułatwia właściwą odpowiedź i chory nabiera zaufania do lekarza. Pytanie nieodpowiednie może natomiast całkowicie chorego zniechęcić.

Z rozważań powyższych wynika, że wywiady i badanie przedmiotowe uzupełniają się wzajemnie i dopiero ich połączenie stanowi harmonijną całość. Dokładne zbieranie wywiadów jest jedną z bardzo ważnych metod badania, której nigdy nie należy zaniedbywać lub lekceważyć.

Dr. UNGAR MAKSYMILJAN, specjalista chorób wewnętrznych — Lwów.

O LECZENIU CZKAWKI NERWOWEJ LUMINALEM.

Czkawka (singultus) przedstawia kloniczny skurcz przepony, polegający na szybkich jej skurczach, połączonych z krótkim głosem wdechowym. W postaciach łagodniejszych spotykamy czkawkę bardzo często; przedstawia ona szybko przemijający stan. Jednak niekiedy przyjmuje ona charakter oporny, długotrwały, poważny, którego nie można lekceważyć. Najczęściej długotrwałym jest singultus nerwowy (histeryczny), który objawia się zwłaszcza po duchowych wrażeniach, trwając nieraz nawet miesiące z krótkotrwałemi przerwami. Jednak czkawka długo utrzymująca się może też być objawem odruchowym, towarzyszącym chorobom żołądka, jelita, otrzewnej i t. d.

W poszczególnych przypadkach polega czkawka na bezpośredniem uszkodzeniu i drażnieniu nerwu przeponowego (tbc., pericarditis, pleuritis diaphragmatica, nowotwory, apopleksja mózgowa, myelitis). Uważa się czkawkę za objaw częsty i bardzo wczesny przy śpiączce. Istnieją również przypadki epidemji czkawki z gorączką, które niektórzy zaliczają do poronnych postaci encephalitis.

W przypadkach lżejszych ustępuje czkawka szybko i bez leczenia. Wstrzymanie oddechu, parcie przy zamkniętej głośni, uderzenie w plecy i t. p. są częstemi środkami, znanemi i wśród laików, do przytłumienia czkawki.

W przypadkach ciężkiej opornej czkawki chwytamy się środków narkotycznych (bromu, morfiny, kokainy, opjum, atropiny, wodanu chloralu i in.); posiłkujemy się także mechanicznemi wpływami, jak uciskanie nerwu przeponowego, łaskotanie błony śluzowej nosa oraz elektroterapją, lecz często bezskutecznie.

Chciałbym tu opisać przypadek czkawki pochodzenia nerwowego, trwający 12 dni bez przerwy, a wyleczony Luminalem. Zostałem w końcu lutego b. r.

wezwany do chorego J. B. liczącego lat 61, który cierpi od 8 dni na czkawkę, uniemożliwiającą mu nawet sen w nocy. Czkawka wystąpiła nagle bez dającej się określić przyczyny, wśród pełnego zdrowia. Nie gorączkował, dolegliwości żadnych oprócz czkawki nie odczuwa.

U chorego wzrostu średniego, dobrego odżywienia, nie stwierdza się chorobliwych zmian w płucach, sercu i w jamie brzusznej. Brzuch na ucisk niebolesny, nie stwierdza się żadnych oporów. Wstrzyknąłem choremu atropinę (3/4 mg) z morfiną (0,01), lecz bez efektu. Również leki inne jak wodan chloralu, Pyramidon (0,3, 3 r. dziennie), kokaina pozostały bez skutku. Bez wpływu pozostawały metody mechaniczne (uciskanie nerwu przeponowego, sondowanie żołądka). Dopiero podanie Luminalu 0,05 wraz z Pyramidonem 0,3 usunęło czkawkę. Podczas gdy wszystkie inne środki okazały się bezskutecznemi, już pierwszy proszek, zawierający Luminal, spowodował ulgę. Wpływ ten korzystny przypisuję Luminalowi, gdyż Pyramidon podawany przedtem 3 r. dziennie w dawce po 0,3 pozostawał bez skutku. Chory zażył 3 proszki i od tego czasu jest zupełnie uwolniony od czkawki.

Celem wykluczenia czkawki organicznego pochodzenia prześwietlano jeszcze klatkę piersiową chorego, zbadano przewód pokarmowy, tak chemicznie jak i rentgenologicznie, — badania te stwierdziły stan prawidłowy.

Przypadek ten przytaczam, by wskazać na doskonałe działanie mieszanki Pyramidonu z Luminalem w przypadku czkawki opornej, w której wszystkie inne środki zawiodły.

Według dzieła JANA BAPTYSTY PORTA: De humana physiognomonia, Hanovia 1593.

FIZJOGNOMIKA LUDZI I ZWIERZĄT.

Dla osobliwości zewnętrznych ludzkiego fenotypu mowa nasza chętnie stosuje porównania ze światem zwierzęcym. Mówimy o orlim nosie, o karku byka, o łabędziej szyi, żabich oczach, bocianich nogach. A ileż stosuje się porównań ze zwierzętami w znaczeniu przenośnem i mniej lub więcej życzliwem! Nauka lekarska określa charakterystyczną dla trądu twarz nazwą Facies leonina, przy znacznym zastoju w krążeniu limfatycznem mówimy o słoniowaciźnie, jako wady rozwojowe znane są zajęcza warga i wilcza paszcza. Istnieje bardzo wiele



Incurvus a fronte nasus.

przykładów, w których porównanie z cechami zwierzęcemi przedstawia najtrafniejszy sposób określenia. Czyż można lepiej określić stan skóry wystawionej na działanie zimna, gdy skurcz mięśni arrectores pilorum wywołuje charakterystyczne zmiany, niż słowami „gęsia skórka?“

Oczywiście, że mamy tu do czynienia jedynie z podobieństwem czysto zewnętrznem, które jednak wskazuje na bliski i ścisły związek istniejący między dumnym homo sapiens, stojącym u najwyższego szczytu szeregu zwierząt ssących i pozostałemi żyjącemi istotami. Związek ten niewątpliwie istnieć będzie zawsze, chociaż bezgraniczną wydaje nam się przepaść dzieląca ludzi od zwierząt. Na czemże właściwie polega ta wyższość człowieka nad zwierzęciem? Iskra boska darowała nam zdolność uświadamiania sobie naszego własnego „ja“; posiadamy dar, który można nazwać darem Danaid — rozmyślania nad światem i życiem, wobec czego nie możemy już być tak niewinnymi jak zwierzęta. Te cenne i obowiązujące dary stosunkowo rzadko sprowadzają nam powodzenie i radość, — przeważnie korzystamy z nich bez żadnych zastrzeżeń jako z brutalnego oręża, służącego wszechwładnie naszej żądzy do posiadania władzy i gotowego zniszczyć wszystko dokoła dla osiągnięcia celu. A czyż to nas upoważnia do twierdzenia, że zwierzęta są to może istoty sympatyczne, lecz bez porównania niższe od nas? Nie będziemy tu omawiać tych własności zwierząt, które pod względem fizycznym stawiają je wyżej od człowieka, pominiemy milczeniem również i subtelność narządów zmysłu wielu zwierząt, o której nawet wyobrażenia mieć nie możemy, lecz zwrócimy uwagę jedynie na niedającą się nigdy ściśle odgraniczyć dziedzinę cielesno-duchową. Pies, który w dużym domu przez kilka pokojów i przez zamkniętą bramę wę-



Crassum et carnosum collum, patulae nares, nebulosa frons.



Labia suprema, gingivae prominentes,
parvae et protensae aures, tranquilla frons.

szy, a raczej przeczuwa zbliżanie się swego pana, stanowi dla nas zjawisko niemożliwe do zrozumienia. Jeszcze dziwniejszem jest przeczuwanie zbliżającego się nieszczęścia napawającego zwierzęta nieokreślonym lękiem, jak to np. można czasem spostrzegać u kotów. Jeśli samiczka małpa umiera wkrótce po śmierci swego samca gdy suka, której raz zabrano szczenięta i uśmiercono w jej oczach, pożera natychmiast po urodzeniu swe nowonarodzone szczenięta, zanim zdążą się one dostać do rąk człowieka; gdy kot którego po długiej podróży w zamkniętym koszu odwieziono koleją bardzo daleko, po przybyciu do celu ucieka i z niezawodną pewnością biegnie dnie i noce do dawnego swego zamieszkania — czy znajdujemy wytłumaczenie dla tych niepojętych zjawisk? Czy znamy prawdziwą tajemnicę nieomylnego lotu ptaków? Nie, nieskończenie wiele ukrywa przed nami świat zwierząt, niezgłębione są jego tajemnice, wkraczające nierzadko w dziedziny pozazmysłowe. Jedyne nasze zdawkowe rozpoznanie, które przeciwstawiamy w świecie zwierzęcym zdolnościom duchowym człowieka — instynkt — jest przecież niewystarczające i służy nam tylko dla zamaskowania naszej zupełnej nieświadomości prawdziwego stanu rzeczy.



Crassa labia, ubi superius ultra inferius eminet, rotunda, connexua frons, magnae aures.



Valde parvi oculi, graciles genae, nasus simus.

Dopiero obecnie zaczynamy, bardzo późno i bardzo powoli, rozumieć z w i e r z ę t a, zaczynamy zdawać sobie sprawę z niesłuszności przeciwstawiania człowieka, obdarzonego rozsądkiem, nierozsądnym zwierzętom, którym jeszcze niedawno ojcowie nasi z całą stanowczością odmawiali posiadania wszelkiej „duszy". W postępowaniu naszem nie jesteśmy jeszcze pewni: wahamy się między odwagą nowych poglądów i istniejącemi wątpliwościami. Należy się, oczywiście, pilnować, aby nie wpaść w krańcowość i nie popełnić błędu odwrot-

nego, polegającego na przypisywaniu wrażeniom zwierzęcym cech ludzkości. Nie powinniśmy posądzać zwierzęta o bieg myśli i motywy, które są im z pewnością zupełnie obce i które nie należy zbyt lekkomyślnie porównywać z naszemi. Wydaje się prawdopodobnem, że skala uczuć jest u zwierząt bardziej prymitywna niż nasza, że obejmuje ona tylko uczucia głodu, miłości, radości, smutku, gniewu, złego sumienia i oczekiwania. Czy nie istnieją jednak ponadto jeszcze odchylenia i odmiany uczuć, dla których właśnie my — ludzie — nie posiadamy odbiorników i których nie bylibyśmy w stanie zrozumieć, tak samo jak niepojętemi byłyby dla nas hipotetyczne istoty żyjące może na innych planetach? Kto wie, jak często pies, koń, zwierzę w klatce odwraca się z wewnętrzną rezygnacją od nierozumiejącego ich człowieka! Jakież męczarnie sprawia człowiek, pozbawiając zwierzęta wolności; cierpią one przecież nietylko fizycznie, lecz doznają ponadto niewątpliwie strasznych mąk związanych z uczuciem lęku, odosobnienia i beznadziejnego strachu grożącej śmierci. Mimika zwierząt, a szczególnie psa, uwidacznia nam to ze wstrząsającą dokładnością.



Minus plana frons, longa frons.

Przytoczone ryciny, zaczerpnięte z książki pochodzącej z 16-go w. wykazują, jak ostro uchwycił artysta podobieństwo między zwierzętami a człowiekiem. Autor dzieli różne postacie ludzkiej twarzy na określone typy—i znajduje dla każdego typu odpowiednik ze świata zwierzęcego! Poza wspólnością cech czysto zewnętrznych autor wskazuje również i na istniejące nierzadko podobieństwo wewnętrzne. Dzieląc schematycznie ludzi na różne typy, postępujemy w sposób zupełnie podobny; współcześni rysownicy pism humorystycznych, przedstawiający ludzi pod postacią zwierząt, często uwidaczniają tak niezwykłe podobieństwo fizjognomiczne, że prawie na każdym obrazku ze świata zwierzęcego możemy znaleźć znajomych ludzi. Przechadzka po ogrodzie zoologicznym prowadzi również do podobnych spostrzeżeń: czy żyrafa nie przypomina nam nieodstępującej na krok guwernantki, goryl śmiertelnie smutnego starszego pana, czy pawiany nie wyglądają jak złe enfants terribles, czy guanako (lama z Ameryki Południowej) nie jest podobna do wysokiej cnotliwej córki, pingwiny do zebrania gadatliwych i ciekawych starszych panów, czy łabędzie nie przedstawiają wcielenia arystokracji?

„Zwierzęta patrzą na ciebie“ — tak, z pewnością przyglądają się nam o wiele uważniej, niż przypuszczamy, — a kto wie, czy zwierzęta nie wiedzą

o nas również o wiele więcej, niż sądzimy? W każdym jednak razie zawsze warto zastanawiać się nad zwierzętami, ich zachowaniem się, myśleniem, wrażeniami, nie przyczyniając im jednak żadnego gwałtu. W świecie zwierzęcym istnieje niewątpliwie o wiele więcej tajemnic, niż nam się to wydawało możliwe. Nieskończenie wielką radość sprawia wzajemne zrozumienie i ustalenie dobrych i bliskich stosunków między człowiekiem i zwierzęciem, — takie współżycie otwiera oczy i serce i uszlachetnia człowieka. Dowiadujemy się, jak blisko jesteśmy wzajemnie spokrewnieni, jak różnorodnem jest podobieństwo fizjognomji ciała i duszy, a to zobowiązuje nas po wszystkie czasy.

Dr. RAUL KOVACH, Jerozolima.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA TRICHOPHYTIA UNGUIS.

(Referat według Therap. Ber., tom V, z. 2).

Dla leczenia przypadku niesłychanie uporczywej i pozornie nieuleczalnej grzybicy paznokci autor zastosował jako ultima ratio organiczne połączenie siarki, Mitigal. Sprawa dotyczyła 12-letniej dziewczynki, która przed 3 laty zachorowała na grzybicę paznokci wszystkich palców lewej ręki. Liczni lekarze wypróbowali w tym przypadku wszelkie możliwe sposoby leczenia i to zarówno zachowawczego jak i zapomocą nowoczesnej terapji energją promienistą. Usiłowania te doprowadziły na 3 palcach do zupełnego wyleczenia, na dwóch pozostałych jednak choroba nie poddała się wcale zabiegom i trwała uporczywie. Gdy pacjentka zgłosiła się wreszcie do autora, paznokcie na obu palcach były pokryte grubemi, kruchemi, zrogowaciałemi nawarstwieniami.

Autor odrazu pierwszego dnia zastosował Mitigal, przy pomocy którego osiągał już dawniej pomyślne wyniki lecznicze w kilku przypadkach schorzeń skóry lub paznokci na tle zakażenia grzybicowego. Chorej stosowano codziennie moczenie palców w gorącym roztworze sody, poczem nakładano na 24 godziny okład z Mitigalu. Nawarstwienia ustąpiły już w ciągu pierwszych dwóch tygodni, poczem w łożyskach paznokci ukazały się nasady nowych zdrowych paznokci.

Jedyną stroną ujemną Mitigalu jest jego niezbyt przyjemny zapach. W porównaniu jednak z nadzwyczajną skutecznością tego leku w tak rozpaczliwych przypadkach jak powyższy, na okoliczność tę można chyba nie zwracać większej uwagi.



Chemoterapeutyczny środek odkażający, działający zarówno na warstwy powierzchowne jak i głębokie.

RIVANOL wyróżnia się silnem działaniem bakterjobójczem na wszystkie zarazki ropotwórcze, nie okazując przytem żadnego szkodliwego wpływu na tkanki.

Idealny środek antyseptyczny dla wszystkich wymagań praktyki codziennej; RIVANOL można wstrzykiwać bez żadnych zastrzeżeń również i do tkanek dla ograniczenia ropnych spraw zapalnych, a także i do jam ciała.

RIVANOL jest niezbędny w leczeniu zakażonych ran stawów, zakażeń połogowych i zakażeń jamy otrzewnowej.

W sprzedaży: in substantia i tabletki.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 20 tabletek à 0,1 g zł. 6.10
„ „ 10 „ „ 1 „ „ 20.25

»Bayer-Meister Lucius« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Wyłączna Reprezent. na Rzeczposp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
WARSZAWA, Hipoteczna 5, skrz. pocz. 748

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Rwa kulszowa i stany pokrewne.

W pierwszych dniach świeżej rwy kulszowej *Erben* podaje połączenie Antipyriny (1 g), lub Melubriny (0,5 g), lub Lactopheniny (1 g) z morfiną (0,01 g). Jeżeli dawka powyższa okazuje się niewystarczająca, wówczas autor podaje w ciągu następnych dni po 2 proszki (25 minut jeden po drugim). Jeżeli poprawa osiągnięta w ciągu 4 tygodni — przy jednoczesnem stosowaniu również i innych sposobów leczenia — nie jest zadowalająca, wówczas *Erben* zwraca się do leczenia bodźcowego i wstrzykuje Omnadinę, Yatren Caseinę i t. p. Według autora jest stosunkowo obojętne, z którego preparatu bodźcowego się korzysta. Preparaty bodźcowe wstrzykuje się podskórnie w dawce po 0,2 — 0,5 cm³; ogólna ilość wstrzykiwań może dojść w razie potrzeby do 30. Jeżeli w ustroju istnieją stare, wyleczone ogniska (gruźlica, rzeżączka i t. d.) któreby mogły okazywać skłonność do obostrzenia, wówczas należy postępować ostrożnie i stosować jedynie takie dawkowanie, które nieznacznie wzmaga bóle w nogach, lecz nie wywołuje żadnego odczynu ogólnego. Infiltracja nerwu kulszowego w miejscu jego wyjścia z miednicy zapomocą ½%-owego roztworu Novocainy lub fizjologicznego roztworu soli kuchennej (10 — 30 cm³) ma jakoby natychmiastowo uśmierzać ból. Takie znakomite działanie tego zabiegu zdarza się jednak stosunkowo rzadko. *Erben* ostrzega przed wstrzykiwaniami roztworów hipertonicznych oraz przed wstrzykiwaniami koloidalnego jodu, siarki i wyciągów chrząstkowych.

Dr. S. Erben.
(Wien. Klin. Wschr. 1932, Nr. 23).

Przyczynek do leczenia krzywicy.

Conti opisuje historję choroby 14-miesięcznego dziecka, dotkniętego złośliwą postacią krzywicy i leczonego z nadzwyczaj pomyślnym wynikiem zapomocą Vigantolu. Dziecko zwraca na siebie uwagę swą wielką czaszką, dużym brzuchem i znaczną wiotkością mięśni. Rozwój psychiczny dziecka został całkowicie zahamowany, nie umie ono wymówić ani jednego słowa, nie może nietylko siedzieć, ale nie jest w stanie nawet się unieść. U podstawy płuc stwierdza się obecność rzężeń, wielkie ciemiączko bardzo szerokie, o miękkich brzegach. Craniotabes oraz typowy różaniec krzywiczy. Lewe przedramię zniekształcone, oba zakończenia kości promieniowej rozdęte. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje cechy daleko posuniętej krzywicy, granice kości zatarte. Kości napiąstka źle rozwinięte. Wszystkie kości wykazują znaczne odwapnienie.

Zaraz po przyjęciu autor zaczął podawać dziecku Vigantol w dawkach 2 razy dziennie po 10 kropel. Pierwsze trzy tygodnie stan dziecka ciągle jeszcze był bardzo ciężki, potem jednak zaczęło się ono szybko poprawiać. Stopniowo nauczyło się coraz lepiej chodzić, waga zwiększała się, nastrój dziecka był już o wiele żywszy niż poprzednio. Po upływie 2 i pół miesiąca dziecko mogło już samo biegać, dostało 4 nowe zęby, ciemiączka zmniejszyły się znacznie, craniotabes ledwo zaznaczony. Różańcowate zgrubienia klatki piersiowej, zgrubienia stawów dłoni i kości przedramienia cofają się stopniowo. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje wyleczenie krzywicy.

Dr. med. Luigi Conti, Lugano.
(Schweiz. med. Wo. 1928, Nr. 11).

Dwa lata stosowania arterjografji.

Dla dokonania arterjografji *Schüller* wstrzykuje do obnażonej tętnicy 15—20 cm^3 $22^1/_2$%-owego roztworu Abrodilu. Otrzymywane w ten sposób obrazy pozwalają wyciągnąć odpowiednie wnioski rozpoznawcze. Zasługuje przytem na szczególną uwagę, że po zabiegu stwierdzano wielokrotnie silniejsze ukrwienie danego układu naczyniowego, a nierzadko również i zupełne ustąpienie dolegliwości.

Naczynia płuc uwidoczniano metodą *Forssmanna*, polegającą na zakładaniu cewnika moczowodowego z żyły zgięcia łokciowego aż do prawego serca (40 cm^3 50%-owego roztworu). Rysunek naczyniowy był o wiele wyraźniejszy niż przy zwykłem zdjęciu. W pewnym przypadku ropnia płuc stwierdzono po badaniu metodą *Forssmanna* doraźną poprawę i szybkie wyleczenie.

Dr. J. Schüller.

(Arch. orthop. chir. 1931, Nr. 30).

Omnadina przy stomatitis aphtosa.

Ostatnio miałem sposobność obserwować wiekszą ilość chorych, dotkniętych pryszczykowem zapaleniem jamy ustnej. Stan chorych był przeważnie bardzo ciężki, gorączka dochodziła do 39 — 40^0. W całej jamie ustnej stwierdzałem bardzo liczne wykwity, błona śluzowa była pokryta włóknikowemi, żółtemi, mocno przylegającemi nalotami.

Leczenie polegało na codziennem wstrzykiwaniu Omnadiny. Gorączka w 3 — 6 godzin po każdem wstrzyknięciu opadała zupełnie lub prawie zupełnie do normy. Następnie po 1 lub 2 jeszcze podniesieniach się ciepłoty udawało się osiągnąć stały stan bezgorączkowy, a po 8 — 10 dniach chorzy całkowicie powracali do zdrowia.

U dzieci, których rodzice nie zgadzali się na dokonanie wstrzykiwań, przebieg choroby był cięższy i dłuższy. Nawrotów było o wiele więcej, gorączka nie opadała zupełnie, stan ogólny dzieci pogarszał się bardzo. Miejscowo nie stosowano żadnych pendzlowań, jedynie płókania nadmanganianem potasu, roztworem Pregla i t. d.

Dr. Moosman,
Anthering pod Salzburgiem.

O występowaniu laseczników gruźliczych w jajkach.

Autor zebrał zestawienia pochodzące z różnych zakładów weterynaryjnych i higjenicznych i omawiające sprawę częstości występowania laseczników gruźliczych w jajkach. Otóż z pośród 1081 zbadanych jajek sprzedażnych 1,4% zawierały prątki gruźlicze; 1% zarazków udało się wykazać mikroskopowo, a 0,4% w doświadczeniach na zwierzętach lub w hodowlach. Z pośród 1333 jajek zniesionych przez ptaki gruźlicze stwierdzono przy badaniu mikroskopowem obecność laseczników w 4,2%, a w doświadczeniach na zwierzętach lub w hodowlach w 1,4%. W jajkach sztucznie zakażonych laseczniki gruźlicze zachowywały swą żywotność w ciągu około $^1/_2$ roku. Stosunkowo niewielka ilość zbadanych jajek nie pozwala narazie wyciągnąć bardziej stanowczych wniosków, zwłaszcza że sprawa gruźlicza u kur ma bardzo różne umiejscowienie i natężenie, tak że występowanie laseczników gruźliczych w jajkach podlega bardzo znacznym wahaniom.

Prof. dr. M. Klimmer,
Inst. Weter.-Hig. w Lipsku.

(Berliner Tierärztl. Wschr. 1932, Nr. 46)

Przyczynek do działania Salyrganu.

Chora X znajduje się pod moją opieką lekarską od końca 1929 roku. U chorej stwierdziłem wówczas marskość przerostową wątroby, obecność znacznej ilości wolnego płynu w jamie otrzewnowej (obwód brzucha wynosił 106 cm przy drobnej, delikatnej budowie ciała), osłabienie mięśnia sercowego, duży białkomocz oraz ogólne wyniszczenie.

Dla usunięcia płynu z jamy brzusznej zastosowałem domięśniowe wstrzykiwania Salyrganu, które powtarzałem dwa razy tygodniowo. Dotychczas dokonałem już 40 wstrzykiwań.

Chora czuje się obecnie dobrze, może odbywać spacery, wyjeżdża. Czasami w miejscu wstrzyknięcia występowały nacieczenia, które jednak cofały się dość szybko pod wpływem gorących okładów. Nacieczenia te, chociaż przykre, miały przebieg łagodny i nigdy nie doprowadzały do poważniejszych

powikłań. Białkomocz oraz wodobrzusze ustąpiły zupełnie. Od 4 miesięcy stan chorej jest tak pomyślny, że nie potrzebuje ona żadnego leczenia.

Leczenie Salyrganem przeprowadzono z powodzeniem pomimo ciężkich zaburzeń sercowych, wątrobowych i nerkowych. Doświadczony specjalista po dokładnem zbadaniu uznał rokowanie w tym przypadku za bezwzględnie ciężkie i radził przed mechanicznem wypuszczeniem płynu spróbować Salyrganu. Wypuszczenie płynu było koniecznem, gdyż wywoływał on wtórnie bardzo silną duszność.

Nieoczekiwanie pomyślny wynik zastosowania Salyrganu w tym nadzwyczaj ciężkim przypadku przemawia za szerokiem stosowaniem tego doskonałego i nieszkodliwego środka moczopędnego.

Dr. Karol Friedrich, Garmisch.

Leczenie zwichnięć i urazowych zapaleń stawów okołostawowemi wstrzykiwaniami Novocainy.

Wyniki nastrzykiwań tkanki okołostawowej 1%-owym roztworem Novocainy (bez adrenaliny) są w przypadkach urazowych zapaleń stawów bardzo pomyślne. U trzech chorych sprawa dotyczyła już zastarzałych zapaleń stawu barkowego po przebytym dawniej urazie; ograniczenie czynności było bardzo duże. Autorzy wstrzyknęli okołostawowo 10 — 25 cm^3 1% roztworu i powtarzali te wstrzykiwania codziennie aż do osiągnięcia wyleczenia. Powyższy sposób leczenia przywrócił prawie zupełnie całkowitą swobodę ruchów. W jednym przypadku już dwa pierwsze wstrzyknięcia okazały się wystarczające.

Dr. Leriche i dr. Fontaine.

(Presse méd. 1932. Nr. 15)

W sprawie leczenia dusznicy bolesnej.

W pewnym bardzo ciężkim przypadku dusznicy bolesnej natychmiastową ulgę sprawiło podskórne wstrzyknięcie Padutiny. Ze względu na pewne niebezpieczeństwo anoxaemji, zwłaszcza przy posuniętej miażdżycy naczyń wieńcowych *Klein* uważa za wskazane, aby ciężej chorym dokonywać wstrzykiwań nie wieczorem przed snem, lecz po obiedzie. Spostrzeżenia autora dotyczą 18 przypadków dusznicy bolesnej z powodzeniem leczonych Padutiną.

49-letni mężczyzna z objawami dusznicy bolesnej, otrzymuje początkowo codziennie podskórne wstrzykiwania Padutiny. Silniejsze napady ustępują już po drugiem wstrzyknięciu. Po 8 wstrzyknięciach stwierdza się znaczną i trwałą poprawę, wobec czego wstrzykiwania ograniczono do jednego tygodniowo.

Drugi chory, 55-letni mężczyzna, z trwającą już od wielu lat przewlekłą dusznicą bolesną, otrzymuje codziennie 1 cm^3 Padutiny w ciągu 20 dni. Poprawa trwa przez 3 miesiące, poczem trzeba było znowu wstrzykiwać w ciągu dwóch tygodni. Powtórna kuracja również została uwieńczona powodzeniem: ucisk w okolicy serca i bóle sercowe ustąpiły i nie odzywały się nawet przy wysiłku (np. przy wchodzeniu na schody).

U trzeciego chorego napady ustąpiły już po drugiem wstrzyknięciu $^1/_4$ cm^3 Padutiny, ucisk za mostkiem przestał dokuczać choremu po 11-em wstrzyknięciu. W dwa miesiące po zakończeniu kuracji dolegliwości powróciły, lecz tym razem Padutina okazała się bezskuteczną. Podłożem nawrotu był silny wstrząs psychiczny i napady miały tło głównie nerwowe.

Klein przyznaje, że działanie hormonu krążenia jest tylko paljatywne, lecz sprawia on jednak chorym znaczną ulgę. Stosowanie Padutiny w przypadkach dusznicy bolesnej poprawia chociaż częściowo rokowanie tej ciężkiej choroby.

Dr. E. Klein, Newark.
(Med. II. a Record 1932, 17.II).

Rozpoznawanie i leczenie zapalenia miedniczek nerkowych.

Jeżeli odczyn moczu przy zapaleniu miedniczek nerkowych jest zasadowy, wówczas jako środek odkażający podaje się przedewszystkiem Salol (1 g 3 — 4 razy dziennie) oraz Trypaflavinę dożylnie. *Janssen* zwraca szczególną uwagę na bardzo pomyślne nierzadko wyniki podania przy ostrych zapaleniach miedniczek jednorazowej dawki Neosalvarsanu (0,15 g). Dla leczenia przewlekłego zapalenia miedniczek nerkowych stosuje się z powodzeniem roztwór Rivanolu 1 : 5000 oraz Trypaflavinę. Autor omawia następnie jeszcze leczenie autoszczepionką i Yatrenem 105.

Prof. Dr. P. Janssen,
Klinika prywatna w Düsseldorfie.
(Aerztl. Rundsch. 1932, Nr. 8).

O leczeniu przewlekłego zaparcia.

Oprócz środków pęczniejących zawierających agar-agar, *Wantoch* stosuje w przypadkach zaparcia atonicznego również połączenia agar-agaru, płynnej parafiny i fenolftaleiny, np. Petrolagaru. Przy zaparciu czysto spastycznem cenne usługi oddaje atropina, którą można z powodzeniem zastąpić również Rivanolem (Noorden). *Müller* i *Westphal* zalecają zamiast atropiny chemicznie pokrewną Eumydrinę. Papaweryna jest cennym środkiem pomocniczym, wzmacniającym działanie atropiny.

H. Wantoch,
II oddz. wew. Szpitala Wieden w Wiedniu.
(Prakt. Arzt. 1932, Nr. 1).

Wewnętrzne leczenie ropni płuc.

Na podstawie dużego i długoletniego doświadczenia leczenia ropni płuc autor uważa wstrzykiwania Salvarsanu za najodpowiedniejszą terapję tej choroby i radzi, aby w każdym przypadku, nie wymagającym z tych lub innych względów natychmiastowej operacji, dokonać próby leczenia Salvarsanem. Znaczna większość leczonych przez autora przypadków zakończyła się wyleczeniem, należy jednak stosować duże dawki Salvarsanu i to w możliwie krótkich odstępach czasu. Pomyślne działanie Salvarsanu przejawia się w szybkiem ustąpieniu cuchnącego zapachu z ust, zmniejszeniu się ilości plwociny, obniżeniu gorączki i zmniejszeniu się szybkości opadania krwinek.

Dr. Siebert,
Oddział Wewn. Szpitala Miejskiego
w Gdańsku.
(M. Kl. 1932, Nr. 3).

Leczenie nosicieli prątków durowych.

Dla stwierdzenia, czy w żółci znajdują się laseczniki duru brzusznego lub paratyfusu, *Bornstein* i *Elkeles* stosują środki żółciopędne, $MgSO_4$ i Hypophysinę. W żółci otrzymanej następnie zapomocą sondy dwunastnicowej można wykryć wówczas obecność laseczników. U nosicieli, wydzielających prątki durowe w moczu, najlepszemi środkami odkażającemi mocz okazały się heksametylenotetramina i Salol. W przypadkach nieżytu pęcherza moczowego *Bornstein* i *Elkeles* stosują ponadto przepłókiwania roztworem Rivanolu. Stosowanie ogólnych środków odkażających dla zwalczania wydzielania zarazków, jak np. Salvarsanu, błękitu metylowego i t. d. okazywało się bezskuteczne. O wynikach leczenia zapomocą Salyrganu według *Krausa* (Münster) nie można jeszcze podać ostatecznej opinji. Dla zwalczania gorączki *Bornstein* i *Elkeles* stosują już od wielu lat Pyramidon, który podają co godzina w małych dawkach; wpływa to bardzo pomyślnie na stan ogólny chorych.

A. Elkeles i S. Bornstein, Berlin.
(Ztschr. Arztl. Fortbildung, 1931, Nr. 11).

W sprawie leczenia Pemphigus neonatorum gravis.

Autor opisuje przebieg leczenia dwojga dzieci dotkniętych ciężką pęcherzycą noworodków. Pierwsze dziecko, pomimo zastosowania wszelkich możliwych sposobów leczenia, zmarło; drugie natomiast udało się wyratować dzięki domięśniowym wstrzykiwaniom Omnadiny (po 2 cm^3). W ciągu 8 dni dziecko wróciło prawie zupełnie do zdrowia. Opierając się na tem spostrzeżeniu *Schricker* radzi, aby w przypadkach ciężkiej pęcherzycy noworodków zwiększać odporność małych pacjentów zapomocą wstrzykiwań Omnadiny. Tolerancja Omnadiny również i u noworodków jest doskonała. Omnadina chroni przed septycznemi powikłaniami pęcherzycy.

Dr. Schricker, Koburg.
(M. M. W. 1932, Nr. 2).

Avertina i choroba Basedowa.

Istnieje pogląd, że Avertina z powodu szybkiego odtruwania i krótkiego snu następczego jest właśnie dla chorych dotkniętych nadczynnością tarczycy szczególnie wskazana. Pogląd ten nie jest jednak powszechnie uznany. Autor zajął się wobec tego dokładnem zbadaniem przebiegu uśpienia avertinowego u pacjentów z wolem i chorobą Basedowa. W 63% przypadków stwierdzono istotnie skrócenie czasu snu, jednak nietylko z powodu przyspieszenia odtruwania, lecz również z powodu niższego niż przeciętnie stężenia Avertiny we krwi. Poziom Avertiny we krwi stwierdzony w pozostałych 27% przypadków zgadzał się naogół z poziomem, cechującym ludzi z prawidłową przemianą materji. U pacjentów dotkniętych ciężką postacią choroby Basedowa stwierdzono natomiast nie niskie (jak u 63%) stężenie Avertiny we krwi, lecz bardzo wysokie, zwolnione odtruwanie i długi sen następczy. Ściślejszej zależności między wielkością przemiany podstawowej, stężeniem Avertiny we krwi i trwaniem uśpienia nie udało się wykazać, pomimo że zasadniczo szybsze odtruwanie przebiega równolegle do wzmożenia podstawowej przemiany materji. Przy ciężkim przebiegu klinicznym bez silniejszego wzmożenia przemiany podstawowej chorzy zachowywali się w stosunku do Avertiny jak chorzy w stanie wyniszczenia. Przygotowanie jodem przeważnie nie sprowadzało w takich przypadkach żadnej poprawy. Przypuszczenie szybszego odtruwania nie powinno nigdy upoważniać do stosowania u pacjentów z chorobą Basedowa większych dawek Avertiny, gdyż nigdy nie możemy być pewni przebiegu uśpienia. Pytanie, czy chorych z nadczynnością tarczycy należy operować w znieczuleniu ogólnem czy miejscowem, jest trudne do rozstrzygnięcia. Każde dawkowanie Avertiny, przekraczające dawkowanie podstawowe, przedstawia u chorych z Basedowem ryzykowną grę z niewiadomym czynnikiem. Łączenie podstawowego uśpienia avertinowego ze znieczuleniem miejscowem (jako narkotykiem dodatkowym), nie znajduje żadnego wskazania, jest teoretycznie nieuzasadnione i dlatego też wcale się w praktyce nie przyjęło.

Dr. W. Nell,
Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu
w Getyndze.
(Der Chirurg 1932, Nr. 17).

Leczenie astmy dietą wątrobową.

Autor wypróbował leczenie wątrobowe w 53 przypadkach spastycznej dychawicy oskrzelowej. Przeważnie stosowano domięśniowe wstrzykiwania wyciągu wątrobowego, tylku kilku chorym podawano lekko zagotowaną świeżą wątrobę. W 60,3% przypadków stwierdzono pod wpływem leczenia wątrobowego poprawę; szczególnie skuteczną okazała się wątroba przy alergicznych postaciach dychawicy oskrzelowej oraz w tych przypadkach, w których ilość krwinek czerwonych była duża. U chorych, którzy się pod wpływem leczenia wątrobowego poprawili, ilość krwinek czerwonych zmniejszyła się. W ten sposób spostrzeżenia *Molla* w zupełności potwierdzają pomyślne wyniki leczenia astmy oskrzelowej wyciągami wątrobowemi (Campolon), o których pierwszy doniósł *Slauck* z Bonn.

Dr. Moll, Leeds.
(Brit. Med. Journ 1932, Nr. 3725).

Znaczenie Salvarsanu dla leczenia kiły.

Autor omawia późne wyniki leczenia chorych kiłowych Salvarsanem. Materjał jego opiera się na 1193 przypadkach. 158 chorych nie leczyło się wcale (I). 551 leczono rtęcią (II), u 357 przeprowadzono słabe leczenie Salvarsanem (III) i 97 leczono Salvarsanem w sposób energiczny (IV). Osobników zdrowych klinicznie i serologicznie znalazł *Bottema* 1,2% w I grupie, 47% w grupie II, 79,5% w grupie III i w grupie IV 93,8%. Na kiłę nerwową cierpiało w I grupie 17,6%, w II grupie 14,5%, w III grupie 7,9% (ten stosunkowo wysoki odsetek zależy od uwzględnienia dawniejszych nawrotów), w IV grupie 3%. Statystyka *Bottemy* jest przekonywującym dowodem wielkiej skuteczności energicznego leczenia kiły Salvarsanem. Najlepsze wyniki dawało zalecane przez *Hoffmanna* „leczenie maksymalne". *Bottema* radzi przeprowadzać jeszcze silniejszą pierwszą kurację, podając 7 — 15 g Salvarsanu, gdyż, jak uczy doświadczenie, chorzy częstokroć nie przeprowadzają konsekwentnie dalszych kuracyj. Statystyka *Bottemy* obala całkowicie zarzut, że leczenie wczesne hamuje wytwarzanie się uodpornienia i że leczenie Salvarsanem przemieszcza kiłę ze skóry do narządów wewnętrznych, naczyń i ośrodkowego układu nerwowego.

C. W. Bottema.
Dermato-Venerol, Afd., Marine-Hosp., Den Helder.
(Geneesk. Bl. 1931, tom 29).

Jod-Elarson w miażdżycy i nadciśnieniu.

Autor omawia wyniki leczenia Jod-Elarsonem obrzmienia gruczołów chłonnych u dzieci (objawy zołzowe, gruźlica gruczołów wnękowych) oraz dychawicy oskrzelowej i miażdżycy. Również i pacjenci z wrażliwym żołądkiem znoszą Elarson bardzo dobrze. Tylko u jednej pacjentki stwierdzono po trzydniowem zażywaniu Jod-Elarsonu przyspieszenie bicia serca, niepokój i drżenie, wobec czego trzeba było Jod-Elarson natychmiast odstawić. Po 6-tygodniowem zażywaniu Elarsonu wspomniane objawy cofnęły się bez śladu.

Sussman podaje zawsze tylko 3 tabletki na dobę i po zażyciu 60 tabletek (1 flakonik), czyli po trzytygodniowej kuracji, zarządza 4-tygodniową przerwę. Na podstawie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że taka przerywana kuracja daje bardzo dobre wyniki w przypadkach nadciśnienia i miażdżycy. Autor opisuje dwóch chorych, u których ciśnienie tętnicze wahało się zawsze w granicach 180 — 200 mm Hg; po kilkutygodniowem leczeniu Jod-Elarsonem ciśnienie obniżyło się do 150—160 mm Hg. Obaj ci pacjenci stosują to przerywane leczenie Jod-Elarsonem już od 10 lat. Inna pacjentka (89 lat) przyjmuje dziennie już od dłuższego czasu tylko 2 tabletki Jod-Elarsonu. Po miesiącu kuracji zarządza zawsze miesięczną przerwę. Stan ogólny tej chorej, od czasu gdy zażywa Jod-Elarson, poprawił się znakomicie.

Po dłuższem przyjmowaniu Jod-Elarsonu stwierdza się w większości przypadków obniżenie wzmożonego poprzednio ciśnienia krwi; zawroty głowy, bóle głowy, ogólna pobudliwość stopniowo ustępują. U wielu chorych zmienia się również i nastrój: pacjenci poprzednio przygnębieni, odzyskują dobre samopoczucie, radość życia i zaufanie do samego siebie. Poza Jod-Elarsonem *Sussman* zaleca, oczywiście, odpowiednie uregulowanie trybu życia, dietę i t. d.

Dr. Sussmann, Berlin.
(Therap. der Gegenw. 1932, Nr, 9).

Spostrzeżenia praktyczne nad nowoczesnem leczeniem ran.

Antyseptyka chemoterapeutyczna zapomocą Rivanolu zyskuje sobie wśród chirurgów coraz większe rozpowszechnienie. Przewaga Rivanolu nad innemi środkami odkażającemi polega na tem, że wywiera on silne działanie bakterjobójcze, nie okazując przytem żadnego szkodliwego wpływu na tkanki. *Morgenroth* opracował metodę doświadczalną, pozwalającą określić dokładnie ilościowo siłę działania bakterjobójczego różnych związków na zarazki ropotwórcze znajdujące się w żywych tkankach. W ten właśnie sposób stwierdzono, że pochodna akrydyny, Rivanol, wyróżnia się szczególnie silnem działaniem bakterjobójczem w stosunku do różnych odmian gronkowców i paciorkowców.

Po przekonaniu się na podstawie własne-

go doświadczenia o wybitnem działaniu odkażającem Rivanolu, autor postawił sobie jako zasadę, że w przypadkach zanieczyszczonych ran po nieszczęśliwych wypadkach, które wymagają szybkiego i pewnego oczyszczenia rany, zawsze stosuje przemywania z Rivanolu (roztwór $1^0/_{00}$). Wobec tego, że przy leczeniu Rivanolem nie należy obawiać się żadnych powikłań, udawało się prawie we wszystkich przypadkach, nawet przy bardzo ciężkich uszkodzeniach, osiągnąć gojenie się rany per primam.

Również i rany gojące się per secundam, jak jamy po ropniach, kanały, przetoki i t. d. przepłókiwano zawsze $1^0/_{00}$-owym roztworem Rivanolu i odpowiednio do przypadku pokrywano ew. wilgotnym kompresem rivanolowym.

Wszystkie świeżo zaszyte rany pokrywano gazą rivanolową, którą zdejmowano po 5 — 6 dniach.

Energiczne odkażanie ran zapomocą Rivanolu w znakomitej większości przypadków przyspieszało znacznie proces gojenia się. Opinja autora o Rivanolu opiera się na dużem sześcioletniem doświadczeniu.

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że Rivanol jest bardzo wartościowym środkiem odkażającym, którego działanie nie ogranicza się do warstw powierzchownych, lecz przenika również w głąb tkanek. Zwłaszcza w przypadkach ran brudnych, zanieczyszczonych, które codziennie spotyka się w każdym szpitalu jako skutek różnych nieszczęśliwych wypadków, Rivanol jest środkiem nie do zastąpienia.

Zarówno kosmetyczne jak i czynnościowe wyniki leczenia ran Rivanolem okazały się we wszystkich przypadkach bardzo dobre, a samo gojenie się przebiegało zawsze gładko i prędko.

Dr. T. Heumann,
Szpital Miejski w Ansbach.
(Ther. Ber. 1932, Nr. 10).

Leczenie kamieni nerkowych gliceryną.

Ciągle jeszcze stosuje się w poszczególnych przypadkach leczenie kamieni nerkowych gliceryną. Nowsze badania farmakologiczne wykazały jednak, że gliceryna przechodzi do moczu w tak znikomych ilościach, że nie może być nawet mowy o jakimkolwiek jej wpływie na czynność mięśniówki (pobudzenie perystaltyki moczowodów). Również zupełnie nieuzasadnione jest i zapatrywanie, że gliceryna może uczynić drogi moczowe bardziej śliskiemi lub też wprost rozpuścić sole wapniowe. Jedyne co czasami się stwierdza, to nieznaczne zwiększenie diurezy. Dla zwiększenia jednak diurezy posiadamy inne znacznie lepsze i pewniejsze środki. Uwzględniając ponadto pewne ujemne strony stosowania gliceryny, należy uznać, że przy leczeniu kamieni nerkowych nie powinna ona obecnie już wcale wchodzić w rachubę.

L. Beckers,
Zakład Farmakologji w Münster w W.
(Fortschr. Ther. 1932, z. 12).

Znieczulenie miejscowe w rhino-laryngologji z szczególnem uwzględnieniem Pantocainy.

Autor wypróbował przedewszystkiem Pantocainę na samym sobie, wstrzykując sobie

10 cm³ 1⁰/₀₀-ego roztworu pod skórę uda. Po 3 minutach nastąpiło zupełne znieczulenie, które trwało 3 godziny. Następnie autor zastosował sobie spray z Pantocainy i zapomocą tamponu z waty nasyconego 2%-owym roztworem Pantocainy wprowadził rureczkę do zatoki szczękowej, nie odczuwając przytem najmniejszego nawet bólu.

W praktyce stosuje *Güssow* Pantocainę przy przepłókiwaniach zatok szczękowych, przy cewnikowaniu trąbki Eustachjusza, przy przeżeganiu krtani kwasem mlecznym lub żegadłem, przy ropniach migdałkowych i t. d. Korzysta on przytem zarówno z podśluzowych wstrzykiwań 1⁰/₀₀-ego roztworu, jak i ze stosowania zewnętrznego w postaci rozpylania. Znieczulenie było tak dobre, że *Güssow* uważa, iż przy wstrzykiwaniach można stosować roztwory nawet słabsze niż 1⁰/₀₀. Dla uniknięcia pomieszania roztworów przeznaczonych do znieczulania powierzchownego i do wstrzykiwań, roztwór 2%-owy jest zabarwiony błękitem metylenowym na blado niebiesko. Do 25 cm³ gotowego roztworu *Güssow* dodaje 5 kropel Suprareniny 1 : 1000.

Dr. Güssow, Wrocław.
(Z. f. Laryng, 1932, Nr. 22).

W sprawie leczenia zapalenia przydatków.

W ostatnich czasach stosowałem Yatren-Caseinę „mocną" u trzech pacjentek. W przypadku przewlekłego zapalenia przydatków stwierdziłem, coprawda, zmniejszenie się guza, pozostałe jednak objawy chorobowe (stany podgorączkowe, bóle, krwawienia) nie ustąpiły. Natomiast w przypadku wysięku okołomacicznego po bardzo ciężkiem operacyjnem rozwiązaniu, wszystkie objawy chorobowe cofnęły się zupełnie w ciągu 14 dni. Jednocześnie z ustąpieniem gorączki poprawił się również i stan ogólny.

Pomyślne działanie Yatren-Caseiny stwierdziłem następnie w przypadku ostrego obustronnego zapalenia przydatków, przebiegającego z zajęciem otrzewnej w miednicy i z wysoką gorączką. Podwyższona ciepłota i ostre objawy zapalne cofnęły się szybko po 5 wstrzyknięciach Yatren-Caseiny „mocnej".

Dr. Walter Poesch, Linz nad Dunajem.
(Ther. Ber. 1932, Nr. 10).

Helmitol.

Autor uważa Helmitol za najskuteczniejszy środek dla leczenia nieżytów pęcherza moczowego. Z pośród licznych przypadków leczonych Helmitolem autor przytacza jako przykład następującą historję choroby:

Pan R. P., lat 66, budowa silna, prawidłowa. Przed rokiem po wypiciu zimnego piwa wystąpiła nagle zupełna anurja. Cewnikowanie było bardzo trudne; wreszcie udało się małemi porcjami pęcherz opróżnić. Stwierdzono przerost gruczołu krokowego.

Operacja, wyłuszczenie 3 gruczolaków wielkości jabłka. Po otworzeniu pęcherza znaleziono warstwowy kamień wielkości orzecha oraz kilka mniejszych złogów szczawianu wapnia. Przetoka pęcherzowo-brzuszna nie zagoiła się jeszcze po upływie 10 miesięcy. Zastosowano naświetlanie lampą kwarcową. Częste parcie na mocz, mocz mętny, zawiera liczne drobnoustroje. Po bezskutecznem wypróbowaniu różnych leków zwrócono się wreszcie do Helmitolu, który już po 48 godzinach sprawił, że mocz stał się o wiele przezroczystszy. Stopniowo ustało również i parcie oraz zniknęły drobnoustroje i ropny osad. Stan ogólny poprawił się znakomicie. Powyższy bardzo ciężki przypadek dowodzi w przekonywujący sposób wielkiej wartości Helmitolu jako środka dla odkażania moczu i dróg moczowych.

Dr. Emil Wiener, Nicea.
(Therap. Ber. 1933, Nr. 1).

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka
Skrzynka pocztowa Nr. 748

Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.